WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC—KWIECIEŃ

ROK IV 1932 NUMER 2

L. LINDENFELD, Kraków.

PYELOGRAFJA DOŻYLNA.

(Referat według Polskiego Przeglądu Chirurgicznego 1931, tom X, z. 4).

Opisywana w ostatnich czasach pyelografja dożylna zrodziła się z konieczności uzupełnienia dotychczasowych niewystarczających metod badania w zakresie pewnych schorzeń urologicznych. Uwidocznienie narządu moczowego na zdjęciu rentgenologicznem przez zastrzyk dożylny polega na wprowadzeniu środka kontrastowego do obiegu krwi, który wydzielony z moczem daje obraz morfologiczny części jamistych tego narządu. Wspólną własnością wszystkich urologicznych środków kontrastowych jest duża zawartość jodu, który w odpowiedniem stężeniu wydzielony z moczem daje obrazy kontrastowe. Aby uzyskać dobry i we wszystkich odcinkach dróg moczowych wyrazisty obraz, należy podać 10 — 20 g jodu. Stąd też związki stosowane muszą zawierać jod tak silnie organicznie związany, aby jod w ustroju nie uwalniał się i nie sprowadzał objawów zatrucia.

Badania autora dotyczą kilku środków kontrastowych, między innemi także preparatu Abrodil. Abrodil jest to sulfonian sodowy monojodometanu, o oddziaływaniu obojętnem, rozpuszczalny w wodzie w 70%. 4%-owy jego roztwór jest izotoniczny z osoczem krwi. Zawartość jodu w Abrodilu wynosi 52%. Wprowadzając Abrodil w postaci płynu hipertonicznego do obiegu krwi, naruszamy równowagę osmotyczną, którą nerki starają się wyrównać w ten sposób, że wydzielają go z moczem.

Przeciwwskazaniem do pyelografji dożylnej są jednoczesne schorzenia nerek i wątroby oraz obustronna niedomoga nerek, następnie tyreotoksykozy, wady serca, czynna gruźlica płuc i przypadki uczulenia na jod.

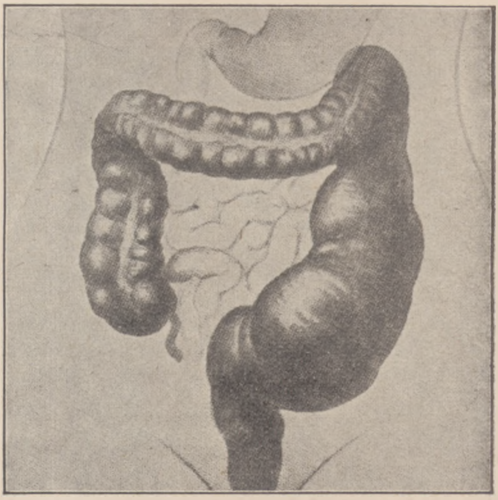
Zakres wskazań do pyelografji dożylnej jest ten sam, co zakres wskazań do pyelografji wstępującej. Pyelografja dożylna znajdzie zastosowanie przede-



Zwiększone napięcie kiszek
(bóle o typie kolki kiszkowej).

zewnętrzną i okrężną wewnętrzną warstwą mięśniową oraz ze splotu Meissnera (Plexus submucosus), leżącego w warstwie mięśniowej błony śluzowej (Muscularis mucosae). Oba sploty mają z pewnością liczne połączenia ze sobą. Zadaniem splotu Auerbacha jest podtrzymywanie perystaltyki i ruchów wahadłowych. Splot Meissnera nie przyjmuje w tych ruchach żadnego udziału; powoduje on odruchowo mniejsze ruchy, jakby cofanie się śluzówki, przy dotknięciu ostrym przedmiotem. Poza tem kiszki mają jeszcze nerwy czuciowe i ruchowe, pochodzące od nerwu błędnego, który podrażnia kiszki bezpośrednio i zawiera parasympatyczne włókna pobudzające (a może również i porażające). Nerwem zaś hamującym ruchy kiszek i zwężającym naczynia krwionośne jest nerw współczulny, Nervus splanchnicus. Zawartość kiszek drażni błonę śluzową czysto mechanicznie. Pobudzenie uciskowe zostaje odruchowo przewiedzione do ośrodków kiszkowych i wyzwala ruchy kiszek.

Wobec bogatego zaopatrzenia kiszek w nerwy jesteśmy wstanie zadziałać na ruchy kiszkowe różnemi sposobami. Również i wpływy hormonalne odgrywają dużą rolę, jak np. wytwarzany w kiszkach hormon jelitowy, cholina, którego jednak nie można wykorzystać w praktyce, gdyż zarówno przy podawaniu doustnem jak i przy wstrzykiwaniach dochodzi on drogą krwionośną do kiszek przeważnie w zbyt małem stężeniu; następnie wchodzi tu w rachubę jeszcze hormon perystaltyczny *Zuelzera* z śledziony. Przekonywującym dowodem, że również i hormon tarczycy okazuje wpływ pobudzający na kiszki, są silne biegunki u osób dotkniętych chorobą Basedowa. Wybitny wpływ na kiszki wywiera następnie Tonephina, jeden ze składników Hypophysiny; Tonephinę stosuje się z dużem powodzeniem w przypadkach najcięższego nawet porażenia kiszek po powikłanych porodach lub zabiegach chirurgicznych. Adrenalina działa na kiszki hamująco, pobudza bowiem nerw współczulny, uspokajający ruchy kiszek. Znieczulenie lędźwiowe wyklucza wpływ nerwu współczulnego i przyczynia się w ten sposób do łatwiejszego ujawniania się czynności nerwu błędnego. Wyjaśnienie działania atropiny ciągle jeszcze natrafia na duże trudności. W małych dawkach atropina pobudza splot Auerbacha, czyli wzmaga



Brak napięcia kiszek w dolnym odcinku kiszki grubej.
Rozszerzenie kiszki. Zaparcie.

ruchy kiszek. Wynika z tego, że atropina w zależności od dawki może zarówno przyspieszać jak i hamować perystaltykę.

Opjum i morfina podrażniają nerw trzewny, hamujący, jak wiadomo, perystaltykę, czyli działają zapierająco. Fizostygmina i pilocarpina pobudzają nerw błędny, czyli przyspieszają perystaltykę. W praktyce wszystkie wymienione alkaloidy nie wchodzą jednak w rachubę. Nikotyna, jako jad zwojów nerwowych, działa porażająco na splot Auerbacha. Ustrój jednak przyzwyczaja się, jak wiadomo, bardzo szybko do działania nikotyny. Ołów i bar mają swój punkt uchwytu w miejscu połączenia narządów nerwowych z mięśniowemi. Wywołują one silny skurcz kiszek (kolkę ołowiową), który może przezwyciężyć jedynie opjum lub morfina.

Żaden z wymienionych środków nie nadaje się jednak do stosowania dla celów terapeutycznych: są to bowiem przedewszystkiem środki jadowite, a następnie sposób ich działania jest zbyt gwałtowny. W przypadkach zwykłego zaparcia, polegającego na niedostatecznej wrażliwości kiszek na mechaniczno-fizjologiczny bodziec ze strony treści jelitowej, wchodzą naogół w rachubę inne leki, a mianowicie środki przeczyszczające. Odpowiednio do mechanizmu działania odróżniamy 5 rodzajów środków czyszczących:

1. Środki przeczyszczające wskutek osmotycznego działania soli.
2. Środki czyszczące (drastica) wskutek bezpośredniego pobudzenia kiszek.
3. Środki pobudzające kiszkę grubą.
4. Środki wypełniające kiszki.
5. Środki śliskie i mieszane.

Sole przeczyszczające — Na_2SO_4, $MgSO_4$, HgCl i t. d. — cechują się słabą wchłanialnością; powstrzymują one drogą osmozy wchłanianie wody, a może nawet wywołują z tego samego względu wchłanianie zwrotne wody z tkanek do kiszek. Wodnista, trudno wchłanialna zawartość kiszek pobudza perystaltykę i powoduje bardzo wodniste wypróżnienia.

Pobudzające środki czyszczące, olejki eteryczne, jak olejek rycynowy, krotonowy, podofilina i burzanka (Extr. Colocynthis) pobudzają kiszki do bardzo obfitego wydzielania, które wypełnia jelita i przyspiesza w ten sposób perystaltykę podrażnionych i przekrwionych kiszek.

Również i pod wpływem tych leków następuje wodnista biegunka. Zarówno solne jak i pobudzające środki czyszczące działają na kiszki na całej ich długości, przyspieszają przejście strawionych pokarmów przez przewód pokarmowy i utrudniają w ten sposób wchłanianie pożywienia. Istnieją jednak leki, które działają wyłącznie na kiszki grube, czyli wpływają tylko na sam mechanizm defekacji, nie działając wcale na wyższe odcinki przewodu pokarmowego, w których może się spokojnie odbywać trawienie i wchłanianie pożywienia. W ten właśnie sposób działają korzenie rzewienia (radix Rhei), liście senesowe, kora kruszyny (cortex Frangulae), aloes oraz preparaty syntetyczne, jak Istizina, fenolftaleina i szereg innych, zawierających składniki czynne leków roślinnych, a mianowicie emodynę i kwas chryzofanowy.

Związki te pobudzają głównie tylko nerwy kiszek grubych i naśladują fizjologiczny rytm procesu wypróżnienia. Dawkowanie syntetycznych pochodnych antrachinonu jest bardzo łatwe, działanie zaś ich jest przeważnie pewne i nie tak zmienne, jak surowców roślinnych. Syntetyczny dwuoksyantrachinon, Istizina, nie wywołuje przyzwyczajenia i działa skutecznie nawet przy zażywaniu go w ciągu długich lat. Fenolftaleina natomiast, ze względu na jej jadowitość (podrażnienie nerek) nie nadaje się do przewlekłego stosowania. Jako środki wypełniające kiszki podajemy takie związki, które pozostają niestrawione, a przy zetknięciu się ze znajdującym się w kiszkach płynem znacznie pęcznieją i powiększają zawartość kiszek. Takim środkiem pęczniejącym jest przedewszystkiem agar-agar. To działanie agar-agaru można jeszcze wzmocnić przez dodanie chemicznie czystej parafiny, która czyni zawartość jelit jeszcze bardziej śliską i łatwiej przesuwalną, a poza tem otacza zawarty w kiszkach pokarm, utrudnia dalsze jego trawienie i przyspiesza w ten sposób wydalenie. Działanie to można jeszcze bardziej spotęgować, dodając ponadto fenolftaleinę. Fenolftaleina uchodzi powszechnie za bardzo trującą, o ile ją się podaje w dawce zwykle stosowanej 0,3 g. Jeśli ją jednak zapisywać w połączeniu z parafiną i agar-agarem, jako Petrolagar, wówczas następuje znaczne wzmocnienie siły działania przeczyszczającego przy zupełnym braku działania szkodliwego.

Istnieją, jak wiadomo, różne postacie zaparcia. Najczęściej zaparcie polega na porażeniu względnie zmniejszeniu pobudliwości kiszek. W bardzo ciężkich przypadkach, jakie się spostrzega po operacjach, ciężkich porodach lub porażeniu kiszek na tle zapalenia otrzewnej, jedynym najodpowiedniejszym środkiem jest Tonephina. W najczęstszych przypadkach zwykłego zaparcia, polegającego przeważnie na atonji kiszek, najlepiej stosować Istizinę lub Petrolagar. Jeżeli natomiast przy prawidłowej czynności kiszek zależy nam na przyspieszeniu wypróżnienia, jak to ma np. miejsce dla przygotowania przed operacją lub jako leczenie odtruwające, wówczas zwracamy się do środków pobudzających kiszki: oleju rycynowego i t. d. Spastyczne porażenia kiszek zdarzają się o wiele rzadziej; wskazane przy nich są: Racedrina, atropina, opjum i t. d.

Dr. E. WEISZ, Piszczany.

O LECZENIU BEZSENNOŚCI.

(Referat według Therap. d. Gegenwart, rocznik 68, z. 12).

Około 30 — 40% ludności dużych miast cierpi na większą lub mniejszą bezsenność. Szczególna postać bezsenności rozwija się częstokroć u odpowiednio usposobionych ludzi, którzy obudzili się kiedyś wśród nocy z powodu jakiegokolwiek zdarzenia lub w związku z zamierzoną podróżą. Budzą się oni również i w ciągu następnych nocy z największą punktualnością o tej

samej godzinie i nie mogą już później zasnąć. Z dni robią się tygodnie, z tygodni miesiące i lata. Ustrój przyzwyczaja się wreszcie do zupełnej bezsenności. Jeżeli bezsenność tę we właściwy sposób sztucznie przerwać, pacjent przyzwyczaja się stopniowo — nie do środka nasennego — lecz do zwykłego normalnego snu. W praktyce należy stanowczo uważać za zasadę, że w miarę możliwości nie powinno się tolerować bezsenności.

Powyższy pogląd *Weisza* jest sprzeczny nietylko z zapatrywaniem dużej części laików, którzy przeważnie obawiają się wszelkich środków nasennych, lecz nie zgadza się do pewnego stopnia i z poglądami stosunkowo znacznej liczby lekarzy, którzy również lękają się, że chory mógłby się przyzwyczaić do środka nasennego i z tego powodu unikają zapisywania swym pacjentom środków nasennych. Zwykle słyszy się następujące zastrzeżenie: „Tak, obawiam się leków nasennych. Wiem od lekarzy, że mógłbym się do tych środków łatwo przyzwyczaić".

Zależnie od czasu trwania bezsenności, od jej stopnia i od przypuszczalnej tolerancji podajemy choremu już w ciągu najbliższej nocy odpowiednią dawkę jakiegokolwiek dobrego środka nasennego. (Należy, oczywiście, pamiętać również i o zapewnieniu choremu niezbędnego spokoju zewnętrznego). Wynik niezawsze okazuje się odrazu zadowalający. Należy wówczas na drugą noc dawkę nieco powiększyć, co daje rezultat zwykle o wiele lepszy. W razie potrzeby zwiększamy znowu dawkę, a w przypadkach pomyślnych zmniejszamy ją, lub też nawet odstawiamy środek nasenny zupełnie. Pacjentom należy wówczas poradzić, żeby spróbowali obejść się zupełnie bez środka nasennego, albo aby w ciągu najbliższych nocy starali się zażyć pół dawki lub jeszcze mniej. Gdyby jednak wbrew przewidywaniu pacjent znowu zaczął okazywać skłonność do bezsenności, trzeba dawkę powiększyć i ewentualnie podawać ją nadal przez kilka kolejnych dni.

Rozumie się samo przez się, że szczególnie przy leczeniu bezsenności należy postępować ściśle indywidualnie. Żadnego stałego schematu zgóry podać nie można. Wobec tego zaś, że początkowo sen może przebiegać w sposób nie dający się przewidzieć, co wymaga każdorazowo odpowiednio dostosowanego postępowania leczniczego, pacjent powinien w ciągu potrzebnego czasu być w ścisłym kontakcie z lekarzem, aby umożliwić temuż dokładną obserwację i ułatwić osiągnięcie celu zapomocą stosunkowo najmniejszych dawek. W przypadkach ciężkich niema najmniejszych zastrzeżeń, aby nawet przez dłuższy czas podawać większe dawki, należy się jednak, oczywiście, starać, aby leków bez koniecznej potrzeby nie nadużywać.

Jako leki nasenne wchodzą w rachubę różne preparaty, które w razie potrzeby należy zmieniać. Nie można się jednak spodziewać, że korzystając nawet z najlepszych i silnych preparatów potrafimy w krótkim czasie przezwyciężyć uporczywą, trwającą już od miesięcy lub lat bezsenność. W większości przypadków poprawa następuje zwykle już po kilku dniach lub tygo-

dniach, w przypadkach zaś ciężkich przeprowadzenie odpowiedniego leczenia wymaga nawet 1 — 2 lat, ale wreszcie kuracja bywa przeważnie uwieńczona powodzeniem. Nawroty zdarzają się często; trzeba je natychmiast znowu starannie leczyć.

Jeżeli podłożem bezsenności jest jakieś cierpienie organiczne, wówczas oprócz leczenia objawowego należy, oczywiście, starać się przeprowadzić również i kurację przyczynową.

Prof. FIORE.

ZAPALENIE MIEDNICZEK NERKOWYCH I PĘCHERZA MOCZOWEGO U DZIECI.

(Referat według Rev. des progrès thér. 1930, Nr. 1).

Ostre zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego (pyelocystitis acuta) u dzieci może przebiegać z bardzo niewyraźnemi objawami: częstokroć jedynym objawem chorobowym jest gorączka i dopiero staranne i kilkakrotne badanie moczu, który zresztą początkowo nie wykazuje żadnych cech patologicznych, umożliwia postawienie właściwego rozpoznania.

Gorączka może być ciągła, przerywana lub zupełnie nieprawidłowa. Często się zdarza, że obraz chorobowy opanowują zaburzenia żołądkowo-kiszkowe i to do tego stopnia, że można mówić o brzusznej postaci zapalenia miedniczek. Czasami choroba przebiega z objawami zatrucia acetonowego, zwłaszcza u dzieci okazujących skłonność do acetonemji. Pozwolimy sobie tu w krótkości przytoczyć historję takiego niedawno spostrzeganego przypadku:

5-letnia dziewczynka przybywa do szpitala z rozpoznaniem niedrożności jelit. Chora jest apatyczna i senna. Tętno około 100, gorączka 38°. Język bardzo obłożny, wyraźny zapach acetonu. Brzuch wzdęty, bardzo bolesny na ucisk; obrona mięśniowa; brak ruchów perystaltycznych. Śledziona niemacalna; wątroba nieznacznie powiększona.

Pod wpływem codziennego ostrożnego przemywania kiszek burzliwe napady brzuszne stopniowo się uspokoiły, chora przestała wymiotować, acetonemja zmniejszyła się. Kilkakrotne badanie moczu pozwoliło wreszcie rozpoznać stan zapalny dróg moczowych ze skłonnością do ropienia; początkowo stwierdzono jedynie ślady białka, nieliczne komórki nabłonkowe pochodzenia nerkowego, pojedyncze wałeczki i stosunkowo niewiele ciałek białych, następnie zaś ilość wszystkich wymienionych składników patologicznych zwiększyła się znacznie; krwinek nie było, odczyn kwaśny.

Codzienne podawanie Helmitolu w dawce dobowej 1 g sprowadziło poprawę. Chora mogła już oddawać mocz regularnie i bez bólu. Osad zmniejszał się coraz bardziej. Po upływie 4 tygodni dziewczynka wypisała się wyleczona.



według prof. Mucha

PRZY WSZYSTKICH ZAKAŻENIACH i CHOROBACH GORĄCZKOWYCH

powoduje Omnadina szybkie uruchomienie i trwałe wzmożenie wszystkich sił obronnych ustroju i wpływa dzięki temu pomyślnie na przebieg choroby, albo też zwalcza ją odrazu w sposób poronny. Doskonała tolerancja u dorosłych i u dzieci.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Pudełka	*po*	*1*	*amp.*	*à 2 cm³*	*zł.*	*3.35*
„	„	*3*	„	„ *2* „	„	*8.40*
„	„	*12*	„	„ *2* „	„	*30.55*

„*Bayer-Meister Lucius – Behringwerke*"

Wyłączna Reprezent. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
WARSZAWA, Hipoteczna 5, skrz. poczt. 748.

Zdarza się również, że objawy początkowe zapalenia miedniczek i pęcherza przebiegają w ten sposób, że nasuwają myśl o durze brzusznym, lecz nagły początek choroby, brak powiększenia śledziony i brak różyczki, następnie zaburzenia w oddawaniu moczu, obecność leukocytów w moczu, bolesność pęcherza na ucisk i t. d. umożliwiają postawienie właściwej diagnozy.

Przejście postaci ostrej pyelo-cystitu w stan podostry i przewlekły również zasługuje na uwagę, gdyż bywa nierzadko powodem błędnego rozpoznania gruźlicy lub przewlekłego nieżytu kiszek. Autor przytacza liczne pouczające przykłady takich błędów diagnostycznych, bardzo przykrych, zwłaszcza ze względu na skierowanie leczenia w zupełnie innym kierunku.

Postać anemiczna zapalenia dróg moczowych może łatwo zostać przyjęta za zimnicę.

Ze wszystkich tych rozważań wynika wielopostaciowość objawów chorobowych, wśród których może, zwłaszcza u dzieci, przebiegać zapalenie miedniczek i pęcherza. Przy każdem przeto wątpliwem rozpoznaniu należy myśleć o tej jednostce chorobowej.

Przed ustaleniem planu leczenia obowiązkiem lekarza jest przedewszystkiem starannie uwzględnić wszystkie możliwe czynniki etjologiczne, — następnie inaczej leczy się postacie ostre i inaczej przewlekłe.

Naogół, w przypadkach ostrych, przebiegających niezbyt gwałtownie, na pierwszym planie leczenia należy postawić stosowanie Helmitolu lub hexametylenotetraminy lub też obu tych leków naprzemian. Niemowlętom podaje się przeciętnie 3 do 4 razy dziennie po 0,15 do 0,25 g na dawkę. U dzieci starszych, zwłaszcza przy silniejszych objawach zapalnych, można dawkę podwyższyć na krótki przeciąg czasu do 1,5 a nawet 2,0 g na dobę. Dawki zbyt małe nie dają zadowalających wyników leczniczych. Objawy ogólne i miejscowe poprawiają się bardzo szybko, gorączka opada, osad moczowy zmniejsza się, tak że po 10 — 15 dniach znajdujemy w nim już zaledwie kilka leukocytów i złuszczonych komórek nabłonkowych. Leczenia nie należy jednak przerywać zbyt wcześnie, gdyż nawroty w tej chorobie bywają bardzo częste. Należy więc koniecznie nadal jeszcze w ciągu 20 do 30 dni podawać Helmitol w dawkach coraz mniejszych. Przez pewien czas należy również stale kontrolować mocz. Jest to jedyny sposób niedopuszczenia do przejścia sprawy ostrej w przewlekłą, która bywa zwykle bardzo uporczywa i trudna do wyleczenia.

W przypadkach przewlekłych stosuje się z korzyścią przemywania pęcherza moczowego roztworem Protargolu (0,2 — 0,5 %), przyczem wstrzykuje się 3 do 5 razy po 10 do 30 cm^3. Niezależnie od przemywań podaje się Helmitol do wewnątrz. W ten sposób udaje się zupełnie wyleczyć nawet uporczywe przypadki przewlekłego zapalenia dróg moczowych.

Radca sanitarny dr. med. i dr. fil. TRENDTEL, Düsseldorf.

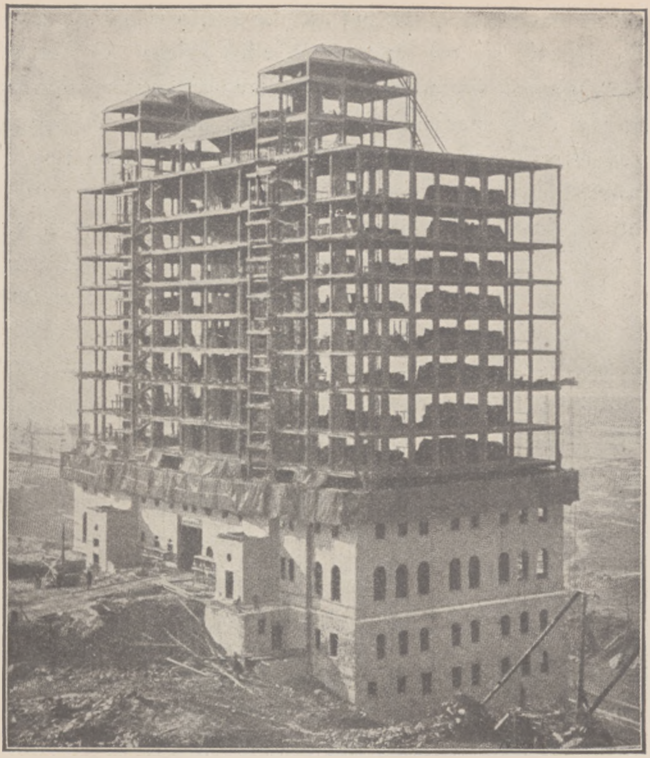
ZWIĄZKOWE OŚRODKI LEKARSKIE W AMERYCE.

(Referat według Ther. Berichte, 1930, Nr. 3).

W obecnych czasach coraz większej specjalizacji lekarzy w Europie, wydaje mi się bardzo ciekawem omówić w krótkości organizację dwóch wielkich związkowych ośrodków lekarskich, z któremi miałem sposobność zapoznać się dokładnie podczas zwiedzania instytucyj lekarskich w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Pierwszy z tych zakładów to klinika Mayo, w mieście Rochester, stanu Minnesota. Klinika ta, założona w r. 1883, służy obecnie za wzór wszelkim podobnym zakładom w całej Ameryce. Klinika Mayo znajduje się w stałym i ścisłym kontakcie naukowym z uniwersytetem Michigan. Setki ludzi podąża codziennie specjalnemi pociągami do Rochesteru, aby poddać się tam dokładnemu zbadaniu i odpowiedniemu leczeniu. W miesiącach letnich przeciętna frekwencja dzienna nowoprzybywających pacjentów wynosi około 800. 250 lekarzy, należących do związku, mieszka w dzielnicy przeznaczonej wyłącznie dla nich i dla ich pacjentów. Każdy lekarz ma swój własny domek. Zgłaszający się pacjent jest dla lekarza pacjentem prywatnym, pomimo że lekarz nawet nie wie, ile ten pacjent płaci.



The Kahler.



Szkoła pielęgniarek Szpitala Presbiterjanów.

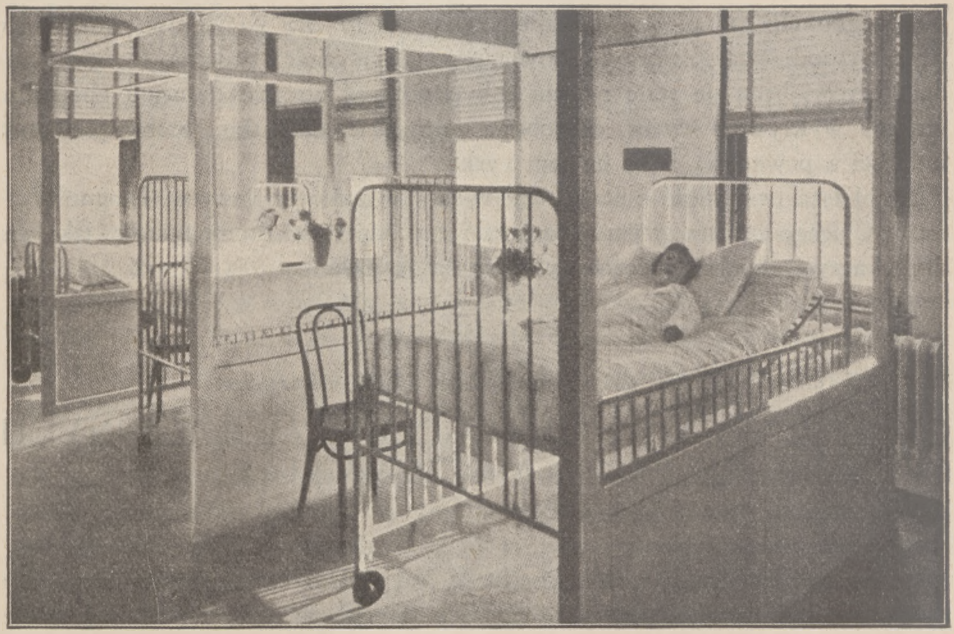
Dla badań naukowych wybudowano przy poszczególnych klinikach olbrzymie laboratorja. Dalej, już poza obrębem miasta, znajduje się słynny zakład, w którym dr. *Man* dokonał swych, znanych na całym świecie, badań nad wpływem wstrzykiwań cukru na pozbawionego wątroby psa. Dzisiejsi lekarscy kierownicy kliniki, dwaj synowie starego dr. *Mayo*, podobnie jak i ich ojciec, przekonali się, że taki ośrodek lekarski może okazać się rentownym jedynie wówczas, jeżeli przeznaczy się go przeważnie dla leczenia przypadków chirurgicznych. Z tego względu na ogólną liczbę 1500 łóżek kliniki — 1000 znajduje się na oddziałach chirurgicznych. Osobiście miałem możność przekonania się, że obaj bracia *Mayo* są istotnie znakomitymi chirurgami. Ogólny nadzór nad całą gospodarką i finansami znajduje się w rękach generalnego dyrektora kliniki, który uchodzi za jednego z najlepszych handlowców w całej Ameryce. Postawienie ścisłego rozpoznania wymaga przy leczeniu ambulatoryjnem około 3 dni pobytu w Rochester. Przez ten czas chorzy mieszkają w specjalnie urządzonym hotelu (The Kahler) i dopiero po ustaleniu diagnozy przyjmuje się ich do odpowiedniej kliniki. W Stanach Zjednoczonych można się zapisać do szpitala bezpłatnie. Również i na klinice *Mayo* cały szereg chorych leczy

się bezpłatnie, lecz biada temu, kto ma ukryte konto w banku, a próbuje w nieuczciwy sposób uchylić się od opłaty. Wielka księga „Office of the Broadstreet-Companie" ujawni wszystko. W księdze tej każdy mieszkaniec Stanów Zjednoczonych ma dwa specjalne znaki: jeden dotyczący jego konta bankowego, drugi zaś określający jego zdolności płatnicze. Kto posiada pieniądze, ten musi odpowiednio do zastosowanych metod badania zapłacić należność w wysokości od 50 do 500 dolarów. Liczba chorych, leczonych w ciągu ostatnich kilku lat w klinice *Mayo* wynosi przeszło 2 miljony. Liczni lekarze byli asystentami tej kliniki lub uzupełniali w niej swoje wykształcenie. Lekarze ci *(Mayo — Fellows)*, rozsiani obecnie po całym kraju, ułatwiają byłym pacjentom aż do końca ich życia ścisły kontakt z tym wielkim związkowym ośrodkiem lekarskim i umożliwiają w ten sposób zachowanie ciągłości kuracji.

Drugie wielkie związkowe przedsiębiorstwo lekarskie znajduje się w Chicago. Budowa tej potężnej instytucji została dopiero niedawno ukończona. Założycielami tego tak zwanego Centralnego Instytutu Diagnostycznego było 200 znanych lekarzy oraz osób ze świata gospodarczego, którzy wspólnie dostarczyli kapitałów niezbędnych dla budowy tego wielkiego przedsiębiorstwa. Uzasadnienie potrzeby i celów tego instytutu jest następujące:

Potrzebę organizacji lekarzy i chirurgów odczuwa zarówno stan lekarski jak i zwracająca się po poradę publiczność. Każdy dyplomowany lekarz i chirurg może przystąpić do towarzystwa, Instytut zaś Diagnostyczny jest dostępny dla każdego szukającego porady lub pomocy pacjenta.

Zadaniem instytutu jednak nie jest leczenie chorych; żadnych kuracyj w nim się nie przeprowadza. Prace wewnętrznego, chirurgicznego i naukowego wydziału mają charakter przeważnie rozpoznawczy. Urządzenia instytutu są do dyspozycji lekarzy i ludności, aby umożliwić im jaknajdokładniejsze postawienie diagnozy i to za tak niską cenę, jaka jest możliwą wyłącznie w warunkach doskonale pracującej organizacji związkowej. Ważną częścią instytutu jest wielki nowoczesny hotel dla pacjentów, ich krewnych i przyjaciół. Kuchnią tego hotelu zarządza doświadczony specjalista dietetyki. Własna kuchnia dietetyczna nie ma jednak na celu przeprowadzenie terapji, lecz służy wyłącznie dla przygotowywania odpowiednich diet (dla chorych na wrzód żołądka, cukrzycę i t. d.) niezbędnych dla badań diagnostycznych. Instytut przedstawia wielki, przełomowy postęp w nauce lekarskiej i chirurgicznej, tembardziej, że jest on wyposażony we wszystkie istniejące sposoby, przeznaczone dla rozpoznawania rodzaju i siedliska choroby. Wszyscy lekarze będą zgodnie pracowali i Chicago stanie się ośrodkiem lekarskim Stanów Zjednoczonych. Gospodarka takiego centralnego instytutu diagnostycznego powinna się okazać stosunkowo tanią, co umożliwi możliwie niskie ceny wszelkich badań diagnostycznych. Założenie instytutu wcale nie zmniejsza zarobków lekarzy-praktyków, gdyż instytut właściwą terapją zajmować się nie będzie. Każdy lekarz powinien być w ścisłym kontakcie z instytutem, który mu zna-



Pokój dla starszych dzieci w klinice *Mayo*.

komicie ułatwi jego zadanie. Głównem zadaniem instytutu będzie uświadomienie szerokich mas publiczności o konieczności dokładnego ustalenia rozpoznania przed rozpoczęciem leczenia. Można się spodziewać, że nikt w Chicago nie podda się jakiemuś bardziej skomplikowanemu leczeniu, zanim nie zbadają go w instytucie. Lekarze z pewnością będą gorąco popierać instytut diagnostyczny, gdyż przez postawienie takiego bezstronnego rozpoznania, ich własna odpowiedzialność zmniejsza się znacznie. Instytut okaże duże usługi zwłaszcza zubożałemu również i w Ameryce stanowi średniemu, który nie jest obecnie już w możności ponosić dużych kosztów dokładnego i wszechstronnego zbadania i dlatego musi wraz z uboższą ludnością zwracać się o pomoc lekarską do szpitali gminnych, niezawsze stojących na wysokości zadania. Każdy lekarz otrzymuje do dyspozycji potrzebne mu w danym przypadku pokoje do badań. Obliczono, że w doskonałych warunkach instytutu lekarze będą mogli w tym samym czasie postawić dwa razy więcej trafnych rozpoznań, niż przy dotychczasowym sposobie postępowania. Lekarze zaznaczają wyniki poszczególnych badań na specjalnych kartach, poczem chory udaje się do kierownika instytutu, od którego otrzymuje ostateczne wyniki. Całokształt urządzeń lekarskich znajduje się pod zarządem samych lekarzy. Celem instytutu jest więc postawienie bezstronnego rozpoznania przy współudziale wszyst-

kich specjalistów i przy wykluczeniu materjalnego zainteresowania lekarza odnośnie do poszczególnego pacjenta. Im większą będzie ogólna liczba przeprowadzonych badań, tem mniejsze będą koszty dla pacjentów. Można się również spodziewać, że przy odpowiednio niskich cenach badania, również i ludzie zdrowi będą się stale raz na rok poddawać wszechstronnemu zbadaniu, któreby wykrywało ewent. chorobę w samym jej zaczątku. Stan zdrowotny ludności z pewnością dużo na tem zyska.

Najbliższa przyszłość pokaże, czy wielki związkowy Instytut Diagnostyczny w Chicago sprosta swym zadaniom i czy odegra w istocie tę rolę, jaką mu dla lekarzy i chorych przeznaczyli jego założyciele.

Dr. S. PERLMANN, Berlin, oddział urologiczny kliniki chirurgicznej.

O STOSOWANIU NOVALGINY PRZY BOLESNYCH CHOROBACH DRÓG MOCZOWYCH.

(Referat według D. M. W. 1931, Nr. 21).

Perlmann, podobnie jak i *Hirsch* (D. M. W. 1927, Nr. 38), stosuje dla uśmierzania bólów, występujących w przebiegu chorób dróg moczowych, przeważnie Novalginę. Odnośnie do morfiny bowiem i jej pochodnych zdarza się czasami, że wzmagają one nawet bóle lub też wywołują niepożądany stan skurczu mięśniówki, wymioty, mdłości i t. d. Dawka stosowana początkowo — 1 cm^3 50%-owego roztworu Novalginy dożylnie — okazała się niedostateczną, natomiast 2 cm^3 wystarczają zupełnie, aby uśmierzyć napad bólu przeciętnie na przeciąg około 10 godzin. Spostrzeżenia *Perlmanna* dotyczą przeszło 100 przypadków kamicy nerkowej. Brak wszelkich objawów następczych lub ubocznych pozwala w razie potrzeby na powtórne zastosowanie zastrzyku Novalginy. Działanie przeciwbólowe zastrzyku można wzmocnić i przedłużyć przez jednoczesne podanie doustne tabletek Novalginy, które chorzy również znoszą doskonale. Następnie stosował *Perlmann* Novalginę przy bólach po badaniu instrumentalnem lub przy bólach pęcherzowych. Jedynie w tych rzadkich przypadkach, w których Novalgina zawodziła, *Perlmann* po krótkiej chwili wstrzykiwał niewielką dawkę morfiny lub powtarzał wstrzyknięcie Novalginy. Po stosowaniu Novalginy mocz zabarwia się czasem na kolor lekko różowy.

Ze względu na zupełną nieszkodliwość i doskonałe działanie przeciwbólowe Novalginy *Perlmann* uważa ją za najodpowiedniejszy środek dla leczenia napadów kolki nerkowej i parcia pęcherzowego; podobną opinję o wartości tego leku autor słyszał również i od innych urologów.

OTYŁOŚĆ I JEJ LECZENIE.

Prof. STRÜMPELL i prof. SEYFARTH (Podręcznik chor. wewn., 1929, tom 2) prof. L. LICHTWITZ (Podręcznik chor. wewn. BERGMANNA, 1931), prof. EPPINGER (Wien. Klin. Wo., 1925, Nr. 11), dr. ASCHNER (Kl. W., 1928, Nr. 47), prof. NOORDEN (Wien. med. Wo., 1931, Nr. 1), dr. GUTTMANN (Th. d. Ggwrt., 1931, Nr: 1), dr. DEHNER (D. Med. Wo., 1931, Nr. 7) i in.

Ilość tłuszczu w ustroju ludzkim podlega dużym wahaniom; ścisłej granicy między nagromadzeniem się tłuszczu, które może jeszcze uchodzić za fizjologiczne, a otłuszczeniem wchodzącem już w zakres patologji, przeprowadzić nie można. *Ebstein* odróżnia trzy stopnie otyłości: „Przy stopniu pierwszym zazdrościmy otyłym, przy stopniu drugim śmiejemy się z nich, przy trzecim współczujemy im". W każdym razie otyłość prowadzi często do dolegliwości podmiotowych i zaburzeń przedmiotowych, tak że należy ją uważać nietylko za mniej lub więcej przykry stan, lecz za prawdziwą chorobę. Według *Strümpla* najczęstszą przyczyną otyłości jest spożywanie nadmiernej ilości pokarmów; jednocześnie dołącza się zwykle niedostateczna czynność mięśniowa. Jednak nawet przy bardzo dużej pracy fizycznej przekarmienie może wreszcie doprowadzić do otłuszczenia. Jest przytem zupełnie obojętnem, czy na nadmiar pożywienia składają się białko, węglowodany, czy tłuszcze; istota sprawy polega na zbyt dużej wartości kalorycznej przyswajanych pokarmów, bez względu na ich jakość. Ilość codziennie spożywanego pokarmu niekoniecznie musi w jaskrawy sposób przewyższać przeciętną normę. Otyłość powstaje przeważnie na tle choćby niewielkiego, lecz stałego przekarmiania. *Strümpell* obliczył, że codzienny dodatek 5 g tłuszczu ponad normalne zapotrzebowanie powoduje w ciągu 10 lat zwiększenie się wagi o 18,5 kg. Każdy rodzaj pożywienia może przyczyniać się do tycia; na szczególną uwagę zasługują jednak napoje alkoholowe, wśród których piwo jest szkodliwsze niż stężone napoje alkoholowe.

Bardziej zawikłane stosunki przemiany materji zachodzą w przypadkach, których istota polega nie na zwykłej otyłości z nadmiernego jedzenia, lecz na chorobowo zmniejszonem spalaniu. Mamy wówczas do czynienia nie z otyłością exogenną, lecz z konstytucjonalną otyłością endogenną. Otyłość dzieci, rodzinne i dziedziczne występowanie otyłości oraz skłonność do otyłości pewnych ras, polegają według *Strümpla* właśnie na otyłości konstytucjonalnej. U takich osobników stwierdza się również pewną skłonność do innych zaburzeń przemiany materji, a mianowicie do dny i cukrzycy.

Bardzo dużą rolę w tłuszczowej przemianie materji odgrywają gruczoły wewnątrzwydzielnicze, których zaburzenia mogą się przyczyniać w znacznym stopniu do powstawania otyłości. Tak np. wypadnięcie czynności jajników w okresie przekwitowym, po kastracji lub przy zaburzeniach miesiączkowania prowadzi często do odkładania się tłuszczu. Również i wypadnięcie czynności

tarczycy może być jednym z powodów tycia. Według *Strümpla* taka otyłość na tle niedomogi tarczycy przedstawia szczątkową postać obrzęku śluzakowatego. Nieprawidłowa czynność przysadki mózgowej może wywołać otyłość połączoną z zaburzeniami czynności płciowych. Jest to tak zwana dystrophia adiposo-genitalis. W wielu przypadkach otłuszczenia sprawa polega na równomiernym rozroście tkanki tłuszczowej (Lipomatosis diffusa). W innych przypadkach natomiast stwierdza się, że zwłaszcza okolice ud i miednicy wykazują szczególnie duże nagromadzenie się tłuszczu, podczas gdy górna połowa ciała bynajmniej nie wykazuje nadmiaru dużych skupień tkanki tłuszczowej. Oprócz nagromadzenia się niedmiernie dużych skupień tkanki tłuszczowej w skórze, otłuszczeniu ulegają również i narządy wewnątrzne. Otyli męczą się łatwo, są ociężali i unikają wszelkich niepotrzebnych ruchów. Utrudnienie oddechu i krążenia przy każdym nieco większym wysiłku fizycznym sprawia już poważniejsze dolegliwości. Wchodzenie na schody lub wogóle dłuższe chodzenie wywołuje duszność, bicie serca lub niemiarowość akcji serca. Zaburzenia te zależą częściowo od ogólnego otłuszczenia, a częściowo od zbyt wielkiego miejscowego nagromadzenia się tłuszczu w klatce piersiowej. Otłuszczenie okolicy serca nie jest tak szkodliwe jak odkładanie się tkanki tłuszczowej w samym mięśniu sercowym. Zwiększona praca serca prowadzi do jego przerostu, do miażdżycy naczyń krwionośnych i do zaburzeń nerkowych. Z rzadszych zaburzeń tłuszczowej przemiany materji wymienimy jeszcze tłuszczową szyję Madelunga, przy której wielki pierścień tłuszczowy jak kołnierz obrasta szyję, oraz Adipositas dolorosa, czyli chorobę *Dercuma,* przy której tłuszcz nagromadza się na tułowiu oraz na kończynach, pozostawiając twarz, dłonie i stopy zupełnie niezajęte. Cechą charakterystyczną choroby *Dercuma* jest to, że złogi tłuszczowe powodują bardzo silne bóle.

W wielu przypadkach otyłości istota choroby polega nietylko na odkładaniu się tłuszczu, lecz również na zwiększonem zatrzymywaniu wody w ustroju i odkładaniu jej w tkankach; stan taki nazywamy hydrolipomatozą.

Co się tyczy leczenia otyłości to wchodzą tu przedewszystkiem w rachubę dwa sposoby: ograniczenie pożywienia i pobudzenie spalania. Najważniejszem jest zmniejszenie ilości spożywanych pokarmów; unikanie pewnych określonych pokarmów, jako szczególnie szkodliwych, jest zupełnie nieuzasadnione. Unikać należy zwłaszcza ograniczenia białka, gdyż większa jego utrata może się okazać dla ustroju szkodliwa. Ograniczenia powinny dotyczyć głównie tłuszczów i węglowodanów. Bardzo ważnem jest również zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów. Oprócz ograniczenia pożywienia koniecznem jest zwiększenie wydatków energetycznych za pośrednictwem zwiększenia czynności mięśni: spacery, chodzenie po górach, jazda na rowerze, ewentualnie gimnastyka pokojowa. Nie wolno również zapominać o konieczności odwodniania ustroju, zwłaszcza w przypadkach hydrolipomatozy, przebiegających, jak wiadomo, z zatrzymaniem wody. W odpowiednich przypadkach wska-

zane są nawet środki moczopędne; Salyrgan i Novasurol prowadzą zwykle do szybkiego zmniejszenia wagi, które, coprawda, polega przeważnie nie na utracie tłuszczu, lecz tłumaczy się głównie wypłókaniem z tkanek zalegającej wody. Przy moczopędnem leczeniu otyłości należy dla utrwalenia osiągniętego wyniku ściśle przestrzegać jednocześnie również i przepisów dietetycznych. Oprócz ograniczenia płynów również i znaczne ograniczenie soli jest ważnym czynnikiem zapobiegawczym przeciw powtórnemu nagromadzeniu się wody w ustroju.

Zabiegiem odchudzającym, również polegającym głównie na usunięciu z ustroju nadmiaru wody, jest tak zwane „uderzenie wodne *Volharda*", którego zbadaniem zajmowała się przeważnie szkoła wiedeńska. Pacjentowi zaleca się wypić naraz większą ilość wody, pod której wpływem diureza zwiększa się tak znacznie, że przewyższa ilość przyjętego płynu i wypłókuje wodę związaną w tkankach. Według *Aschnera* konsekwentnie przeprowadzane „uderzenie wodne" może w ciągu kilku tygodni zmniejszyć wagę ciała ludzi otyłych o 10 kg.

Największy wpływ na przemianę materji okazuje, jak wiadomo, tarczyca. Skuteczność jodu względnie preparatów tarczycowych, polegająca na wzmożeniu spalania, jest oddawna znana. Gdy przed kilku laty udało się otrzymać czystą tyroksynę, przypuszczano początkowo, że działanie jej będzie lepsze niż działanie wyciągów tarczycowych. Okazało się jednak, że syntetyczna tyroksyna nie jest wstanie zastąpić naturalnego organopreparatu, a nawet pod wieloma względami znacznie mu ustępuje. Tyroksyna powoduje przykre objawy działania ubocznego, nadwrażliwość nerwową i zaburzenia czynności serca. Prowadzono więc nadal badania w poszukiwaniu pełnowartościowego preparatu, któryby posiadał wszystkie własności prawidłowej tarczycy, lecz którego stosowanie nie groziłoby żadnem niebezpieczeństwem i nie wywoływało niepożądanych objawów ubocznych. Przez daleko posunięte frakcjonowanie udało się otrzymać wysokowartościowy preparat gruczołu tarczowego — Elityran, wyróżniający się wybitną zdolnością znacznego przyśpieszania przemiany materji przy jednoczesnej doskonałej tolerancji. W przypadkach znacznej otyłości Elityran szybko przyczyniał się do zmniejszania się nadmiernej wagi (w 14 dni — 7,5 kg, w 28 dni — 13,5 kg, w 21 dni — 17 kg). Zwiększenie się podstawowej przemiany materji dochodziło do 55%. Wpływ na diurezę był bardzo silny i występował wyraźnie również i w tych przypadkach, w których inne preparaty zawodziły. Przypadki nadzwyczaj skutecznego leczenia otyłości Elityranem opisują *Noorden*, *Guttmann* i prof. *Schlayer*. W przypadkach otyłości pochodzenia przysadkowego i jajnikowego należy wypróbować również i preparaty przysadki oraz jajników.

Widzimy więc, że dla leczenia otyłości mamy do dyspozycji cały szereg sposobów. W każdym jednak poszczególnym przypadku należy postępować ściśle indywidualnie, gdyż leczenie szablonowe do celu przeważnie nie prowadzi.

Podstawową zasadą powinno być prawidło, aby dietę i przepisy lekarskie nie tylko zapisywać, lecz aby były one przez chorych ściśle i konsekwentnie przestrzegane, gdyż to jest właśnie okoliczność, o którą rozbijają się nierzadko wszelkie kuracje odtłuszczające.

Dr. L. PIÓREK, Chełmno.

ODBYTNICZE UŚPIENIE AVERTINĄ JAKO UŚPIENIE PODSTAWOWE.

(Referat według Polskiego Przeglądu Chirurgicznego, tom X, z. 4, 1931).

Uśmierzanie bólu podczas zabiegu operacyjnego umożliwiło dopiero rozwój chirurgji, który jest ściśle związany z wprowadzeniem uśpienia chloroformowego. Od tego czasu arsenał lekarski środków i metod w celu uzyskania bezbolesności zabiegów stale się powiększa, idealnego środka jednak dotychczas, niestety, nie odkryto. Wspólną ujemną stroną wszystkich metod jest brak względu na stan psychiczny chorego, na którego nie sam zabieg, a raczej uśpienie czy znieczulenie miejscowe robią największe wrażenie. Duszenie się pod maską, stan podniecenia i rzucanie się, odgłosy manipulowania narzędziami, przykry okres budzenia się i wymiotowania — pozostawiają chorego długi czas pod przykrem wrażeniem tych przeżyć. Dlatego zrozumiały jest rozgłos, jaki towarzyszył ogłoszeniu pierwszych doświadczeń co do działania nowego środka usypiającego, Avertiny, mającego odebrać ludzkości strach przed operacją.

Zagranicą ogłoszono już kilkaset prac w sprawie stosowania Avertiny. Liczba dokonanych narkoz avertinowych przekroczyła już znacznie 300,000.

Avertina jest alkoholem trójbromoetylowym rozpuszczalnym w wodzie destylowanej do 3,5% przy 40° C. Fabryka dostarcza Avertinę krystaliczną lub w rozczynie wodanu amylenowego. Jako najodpowiedniejszy sposób stosowania Avertiny okazał się wlew do odbytnicy i sposób ten przyjął się ogólnie. Wydzielanie Avertiny odbywa się zapomocą skomplikowanych procesów chemicznych, w przeciwieństwie do wielu narkotyków, które opuszczają ustrój w stanie niezmienionym. Ustrój naprzód niweczy działanie Avertiny, łącząc ją z kwasem glikuronowym, a następnie wydziela ją jako brom z moczem.

Przebieg normalnej narkozy avertinowej jest następujący: po lawatywie, zawierającej Avertinę, po 5—10 minutach następuje sen, nie różniący się od normalnego, powieki zamykają się, chory usypia zupełnie spokojnie, bez okresu podniecenia i rzucania się, po 15—20 minutach sen pogłębia się, zanikają odruchy spojówki i rogówki, a odruch źrenic na światło, zależnie od głębokości snu. Chory budzi się w 1½—4-ch godzin bez podniecenia i wymiotów i zapada zwykle w powtórny dosyć długotrwały sen, po którym budzi się w dobrem samopoczuciu, nieraz wymagając odrazu pokarmu. Jako zjawisko cie-

kawe należy w niejednych wypadkach zanotować wsteczną, sięgającą kilku godzin amnezję. Ma ta narkoza w sobie coś olśniewającego.

Tak przebiega dobrze dawkowana narkoza. Niestety, niezawsze udaje się osiągnąć takie uśpienie, a to z obawy niebezpiecznego przedawkowania. Cała trudność polega na tem, że z chwilą wlania roztworu Avertiny do odbytnicy wypuszczamy z rąk kierownictwo narkozy. I to jest może najsłabszą stroną tego uśpienia.

Avertina obniża ciśnienie krwi o 20—40 mm rtęci, w przypadkach przedawkowania i więcej, aż do zapadu. Obniżenie ciśnienia krwi jest pochodzenia mózgowego: nie powoduje go osłabienie działalności serca. W normalnych narkozach takie obniżenie ciśnienia krwi nie budzi większych obaw, zresztą także podczas zwykłego snu ciśnienie obniża się o 20—30 mm.

Poza tem Avertina posiada pewien wpływ ujemny na ośrodek oddechu, obniża ona częstość oddechu, zwiększając jednak równocześnie jego objętość. W przypadkach przedawkowania Avertina może spowodować zupełne porażenie ośrodka oddechowego. Najlepszym środkiem przeciwdziałającym temu porażeniu okazał się dwutlenek węgla.

Na wewnętrzne narządy (wątrobę i nerki) zdrowego ustroju Avertina nie działa ujemnie.

Jako podstawa do dawkowania służy waga ciała; oznaczając zasadniczą dawkę na kg wagi ciała, trzeba uwzględnić wiek, płeć, ogólny stan zdrowia, otyłość lub wyniszczenie ustroju. Większość autorów nie dąży obecnie do pełnego uśpienia zapomocą Avertiny, a stosuje ją jako uśpienie podstawowe, dodając podczas zabiegu przeważnie eter, chlorek etylu, gaz rozweselający lub chloroform.

Dawka Avertiny według dzisiejszych doświadczeń wahać się powinna między 0,08 a 0,125 na kg wagi ciała. Wprawdzie, rezygnując z pełnej narkozy, rezygnujemy z okresu dobrego samopoczucia pooperacyjnego, zyskujemy natomiast na bezpieczeństwie, co dla chorego jest najważniejsze. Okazuje się, że stosując Avertinę do uśpienia podstawowego, oszczędza się bardzo na środkach inhalacyjnych; wystarcza często 20—30 g eteru na przebieg całej operacji, aby osiągnąć głęboką narkozę. Autor stosował w swych spostrzeżeniach chloroform i nieraz już po 1 minucie osiągał głęboki sen, tak że podczas całej operacji zużywał tylko 5—10 g chloroformu.

Wskazania do stosowania Avertiny są bardzo rozległe; stosuje się ją u osesków i u starców, gdzie jest ona specjalnie wskazana, ponieważ nie szkodzi ani sercu, ani płucom.

Przeciwwskazana jest Avertina w przypadkach ciężkiego wstrząsu; z chorób nerkowych, w ostrem i przewlekłem zapaleniu miąższu, natomiast jednostronne schorzenia nerek oraz choroby sterczu nadają się w zupełności do uśpienia avertinowego; z chorób płucnych w operacjach wytwórczych po otoku ropnym opłucnej i w usunięciu nerwu przeponowego; co do chorób wątroby

i dróg żółciowych większość autorów nie widzi przeciwwskazań nawet w żółtaczce.

Dzięki uprzejmości warszawskiego przedstawicielstwa I. G. Farbenindustrie autor otrzymał Avertinę w ilości wystarczającej dla przeprowadzenia 50 narkoz. Autor wybrał dla snu avertinowego tylko zabiegi poważniejsze (7 operacyj żołądkowych, 14 operacyj brzusznych na narządach kobiecych, 10 wyrostków ślepej kiszki, wole, raki piersi i warg, kamicę żółciową, zapalenie błony brzusznej i przepukliny).

W przeddzień operacji przeczyszczano chorych zapomocą soli oraz lawatywy. Na noc podawano im Veronal lub Luminal, na pół godziny przed lawatywą 0,01—0,02 morfiny, kilkakrotnie z dodatkiem atropiny. Operację autor rozpoczynał zwykle w pół godziny po lawatywie. O ile podczas przypinania serwet do skóry chory reagował, stosowano odrazu przeważnie chloroform; zwykle już w przeciągu minuty chory spał głęboko. Narkozę dodatkową podawano tylko z przerwami podczas przecinania skóry i otrzewnej, podczas targania narządów wewnętrznych i zaszywania brzucha. Głębokie uśpienie bez dodatku narkozy autor osiągnął w 25% przypadków; w 50% z dodatkiem do 15 g chloroformu lub 30 g eteru. W 3-ch przypadkach dłuższych operacyj trzeba było dodać 45 i 50 g chloroformu, co nie oznacza bynajmniej, że narkoza nie udała się. Przypadku odporności na Avertinę autor nie widział.

Po skończonej operacji wypuszczano zawsze pozostały jeszcze w kiszce wlew avertinowy. Wogóle w całem swem postępowaniu autor trzymał się ściśle przepisów, wydanych na specjalnej tablicy przez fabrykę i ułatwiających bardzo obliczenie dawki Avertiny.

Dawki Avertiny wahały się od 0,08—0,125 na kg wagi ciała, nie przekraczając nigdy 10 g. W 20% przypadków chorzy wymiotowali po operacji zapewne z powodu dodatku chloroformu; w przypadkach, w których dodatkowa narkoza była zbyteczna, wymiotów nie było ani razu. Badanie moczu po operacjach nie wykazywało nigdy zmian. Zapalenie płuc nie wystąpiło ani razu.

Techniczna strona stosowania Avertiny nie obciąża, jakby się na pierwszy rzut oka zdawało, pracy szpitalnej. Konieczna jest tylko dostateczna liczba personelu, ponieważ po operacji aż do czasu obudzenia się chorego nie wolno pielęgniarce opuścić uśpionego.

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że uśpienie avertinowe, stosowane ostrożnie, nie jest bardziej niebezpieczne od innych metod, wypełnia pewną lukę w naszym arsenale środków uśmierzających bóle i daje nam niejedne korzyści, nawet jako uśpienie podstawowe.

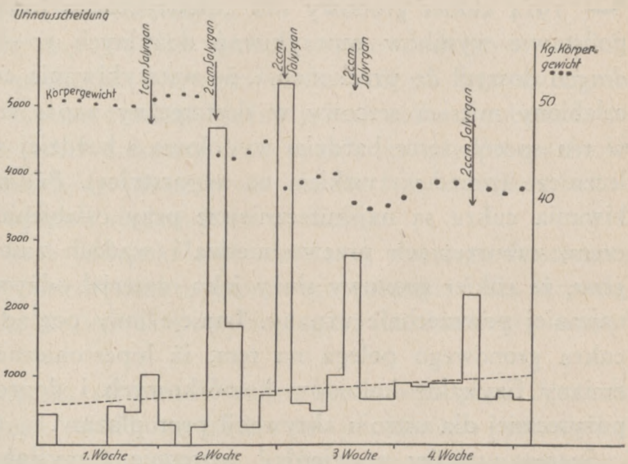
Czy uśpienie avertinowe jako stała zdobycz chirurgji utrzyma się, o tem sądzić jeszcze za wcześnie. Metoda jednak sama przez się, uwzględniająca tak wyraźnie stan psychiczny chorego, jest rzeczą nową w chirurgji, zbliża nas do ideału snu i dlatego ma przyszłość zapewnioną.

Dr. EVAN BEDFORD, Middlesex Hospital, Londyn.

LECZENIE NIEDOMOGI SERCA SALYRGANEM.

(Referat według Proc. of the Royal Soc. of Med. 1931, tom 24, Nr. 4).

Autor zapoznał się w Wiedniu ze znakomitem działaniem Salyrganu i od tego czasu — t. zn. od 1½ roku — stosuje go z coraz większem powodzeniem. Wstrzykiwania dożylne są według *Bedforda* skuteczniejsze i pewniejsze niż wstrzykiwania domięśniowe. Autor zaczyna od 1 cm^3, a następnie wstrzykuje co 4 dni po 2 cm^3 tak długo, jak tego wymaga leczenie; chorym ambulatoryjnym wstrzykuje się ewent. co 8—14 dni. Salyrgan wstrzykiwany ostrożnie i rozcieńczony w 10 cm^3 wody przekroplonej lub soli fizjologicznej nigdy nie wywołuje zakrzepów żylnych. Dla spotęgowania działania Salyrganu *Bedford* podawał 3 razy dziennie 1—2 g NH_4Cl; jednocześnie stosowano oczywiście odpowiednie leczenie naparstnicowe. Materjał autora składa się z 27 chorych dotkniętych niedomogą serca, powstałą na tle gośćca, nadciśnienia, kiły lub zrostów osierdziowych. U niektórych chorych stwierdzano niemiarowość zupełną na tle migotania przedsionków. Działanie moczopędne Salyrganu zawiodło tylko w 3 przypadkach, które dotyczyły jednak chorych przywiezionych do szpitala w stanie prawie agonalnym. U wszystkich innych chorych odwodnienie — nawet gdy nie było obrzęków skórnych — okazało się znakomite. Salyrgan, w przeciwieństwie do naparstnicy, działa jednakowo dobrze zarówno przy tętnie prawidłowem jak i przy niemiarowości zupełnej z migotaniem przedsionków. Salyrgan nie może, oczywiście, doprowadzić do wyleczenia organicznie zmienionego serca, lecz sprawia choremu szybką i znaczną ulgę. We wszystkich przypadkach, w których wogóle wskazanem jest stosowanie leków moczopędnych, Salyrgan jest bezwątpienia środkiem najlepszym. Z pośród 5 szczegółowo opisanych historyj chorób przytoczymy tu jedną najbardziej typową:



Salyrgan przy obrzękach sercowych.
(Linja kreskowana oznacza ilość przyjmowanych płynów).

Chora, lat 41, przed 15 laty gościec stawowy; od tego czasu choruje na serce. Duszność w pozycji leżącej, sinica, obrzęki na pośladkach, plecach i w skórze brzucha, znaczne powiększenie wątroby, obecność płynu w prawej jamie opłucnej. Serce: zwężenie zastawki dwudzielnej, migotanie przedsionków. Wypuszczono płyn z opłucnej oraz dokonano upustu krwi, poczem wstrzyknięto Salyrgan. Diureza w ciągu 24 godzin wynosiła $5^1/_2$ litra. Po trzytygodniowem leczeniu waga chorej zmniejszyła się o 8 kg. Stan ogólny poprawił się znakomicie, obrzęki ustąpiły zupełnie i chora może nawet chodzić bez większego wysiłku. Załączona krzywa uwidacznia przebieg.

Dr. O. RHIEL.

O LECZNICZEM STOSOWANIU CUKRU GRONOWEGO.

(Referat według Therap. Ber. 1930, Nr. 11).

Cukier już oddawna odgrywał dużą rolę w lecznictwie. *Büdingen* zalecił w r. 1914 cukier gronowy dla „dietetycznego leczenia niedomogi serca". Na podstawie wyników wstrzykiwań dożylnych 10—20%-owej dekstrozy *Büdingen* doszedł do przekonania, że wstrzykiwania cukru gronowego zaopatrują osłabiony mięsień sercowy w dostateczny zapas energji i glikogenu i czynią w ten sposób serce bardziej wydolnem i bardziej wrażliwem na inne zabiegi lecznicze (przedewszystkiem na naparstnicę). *Büdingen* stwierdził, że wstrzykiwania cukru są najskuteczniejsze przy osłabieniu serca, nadciśnieniu tętniczem, zaburzeniach przewodnictwa i wadach zastawkowych. Pogląd *Büdingena*, że cukier gronowy służy jako materjał odżywczy dla serca, nie jest bynajmniej powszechnie uznany. Istnieje inny pogląd, że działanie wstrzykiwań cukru gronowego polega na tem, iż hipertoniczne jego roztwory wywołują zmiany fizykalne koloidów komórkowych i doprowadzają w ten sposób do pożytecznej dla ustroju aktywacji protoplazmy.

Szereg autorów potwierdził następnie pomyślne działanie wprowadzonych przez *Büdingena* wstrzykiwań cukru gronowego. Szerokie zastosowanie praktyczne pozyskało sobie również i zauważone przez *Büdingena* spotęgowanie działania leków wstrzykiwanych w roztworze cukru gronowego. *Stejskal* przypuszcza, że zwiększenie działania leków polega na przyspieszeniu wchłaniania. *Handovsky* sądzi, że działanie cukru jest czysto koloidalne, że cukier tak zmienia stan komórek, że reagują one o wiele energiczniej na zastosowane leki. Poza tem cukier gronowy działa w sposób ochronny również przy zatruciach. *Schwab* wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, że cukier gronowy wpływa dodatnio na przebieg zatruć kwasem pruskim, chloroformem, strychniną, rtęcią i arsenem.

Dożylne wstrzykiwania cukru gronowego polecano również i dla leczenia i prowakacji rzeżączki. *Scholz* i *Richter* leczyli rzeżączkę wstrzykiwaniami 25—50 cm^3 50%-owego roztworu cukru gronowego. Według autorów zastrzyki

te uruchomiają gonokoki z głębszych tkanek i w ten sposób zarazki stają się łatwiej dostępne dla odkażających zabiegów cewkowych. *Tenckhoff* zaleca przed każdą operacją wstrzyknięcie 10 cm^3 10%-owego roztworu cukru gronowego. Działanie wzmacniające serce ma występować po 12—20 godzinach i utrzymywać się przez 2—3 dni. Uśpienie dokonane w tym okresie przebiega jakoby o wiele spokojniej, przyczem brak również pooperacyjnych wymiotów, odbijania i mdłości. Wstrzykiwania 2 razy dziennie po 250 cm^3 10%-owego roztworu cukru gronowego mają okazywać bardzo pomyślny wpływ na zapalenie płuc. Następnie wstrzykiwania cukru gronowego działają wielce dodatnio na niepowściągliwe wymioty ciężarnych, którym należy wstrzykiwać cukier 2 — 3 razy dziennie w 25%-owym roztworze, w dawce ogólnej 50—75 g na dobę. Cukier gronowy stosowano również w położnictwie przy osłabieniu bólów porodowych. *Müller* jest zdania, że u rodzących cukier gronowy działa jako źródło energji kalorycznej i przyczynia się do wzmożenia siły skurczów macicznych. *Küstner* leczy zakażenie połogowe dożylnemi wlewaniami kroplowemi z cukru i Streptoseriny.

Lekarze francuscy stosują często cukier gronowy jako dodatkowy środek pomocniczy przy leczeniu padaczki. Na czem może polegać jego działanie lecznicze wytłumaczyć jest bardzo trudno. Można jednak sobie wyobrazić, że cukier gronowy wpływa w jakiś nieznany nam sposób na przepuszczalność przegrody między płynem mózgowo-rdzeniowym i krwią i że ta zmiana wzajemnej przemiany materji wpływa dodatnio na padaczkę.

Ze względu na zupełny brak jakiegokolwiek działania trującego stosowano wielokrotnie hipertoniczne roztwory cukru gronowego również i dla leczenia żylaków ; wynik nie okazał się jednak pomyślny, gdyż bardzo często następowały nawroty.

Pomimo wielu zalet, jakie ma stosowanie cukru gronowego przy licznych chorobach, nie wolno jednak zataić, że niedawno podniesiono przeciwko wstrzykiwaniom cukru bardzo ciężkie zarzuty. *Stuber* mianowicie, uważa cukier gronowy za powód zatorów, które, jak wiadomo, występują w ostatnich latach coraz częściej. Gdyby to oskarżenie cukru okazało się słusznem, to należałoby, bądź co bądź, stosowanie wstrzykiwań dożylnych cukru możliwie ograniczyć. *Schittenhelm* jednak uważa pogląd *Stubera* za niedostatecznie uzasadniony. Również i *Nordmann* doniósł niedawno, że nie miał dotychczas nigdy możności wykazania związku przyczynowego między wstrzykiwaniami cukru i zakrzepami lub zatorami.

Prof. P. ROSENSTEIN.

ODKAŻANIE JAM SUROWICZYCH I TKANEK Z PUNKTU WIDZENIA CHIRURGA.

(Referat według Fortschr. Therap., 1931, z. 5).

W przypadkach dojrzałych ropni *Rosenstein* opróżnia początkowo jamę ropnia przez nakłucie cienką igłą i wyssanie, a następnie wstrzykuje do jamy Rivanol w roztworze 1 : 500. Leczone w ten sposób ropnie goją się, nie zostawiając blizny. Przypadki zropiałego już zapalenia gruczołu sutkowego *Rosenstein* leczy w ten sam sposób jak dojrzałe ropnie. W przypadkach jeszcze nie zropiałych autor wstrzykuje dookoła gruczołu i u jego podstawy roztwór Rivanolu 1 : 1000. Przy ropniach gruczołów potowych nakłuwa on poszczególne ropnie, wypełnia je roztworem Rivanolu 1 : 500 i następnie nastrzykuje całą skórę i tkankę podskórną jamy pachowej roztworem Rivanolu 1 : 1000 + Novocaina. Częstokroć już jeden zabieg okazuje się wystarczający.

Jeszcze nie zropiały parulis autor nakłuwa nieco grubszą igłą i wstrzykuje pod niewielkiem ciśnieniem najwyżej kilka cm^3 roztworu Rivanolu 1 : 500. W podobny sposób *Rosenstein* leczy również ropnie okołoodbytnicze, przy których Rivanol działa wprost jak środek swoisty.

Zropiałe stawy nakłuwa się i po odpłynięciu ropy lub zakaźnego wysięku wypełnia jamę stawową roztworem Rivanolu 1 : 300, który należy zresztą zaraz znowu ze stawu usunąć. Po ukończeniu przepłókania pozostawia się w stawie niewielką ilość Rivanolu. Zwłaszcza zapalenia stawów, wywołane paciorkowcami, reagują na powyższy sposób leczenia szczególnie pomyślnie.

Leczenie ropnego zapalenia opłucnej Rivanolem przedstawia zagadnienie jeszcze nie rozstrzygnięte ostatecznie. Nie nadają się do tego sposobu leczenia wszelkie swoiste ropniaki, następnie przypadki, którym towarzyszy nowotwór, cukrzyca lub gruźlica. Natomiast ropne zapalenia opłucnej, powstałe po zapaleniu płuc oraz po zropieniu pourazowego krwiaka opłucnowego, można doskonale opanować zapomocą Rivanolu. Jeżeli zachodzi potrzeba nakłucia opłucnej i opróżnienia wysięku, wówczas nie powinno się nigdy zaniedbywać, aby przed wyjęciem igły wstrzyknąć do jamy opłucnej roztwór Rivanolu 1 : 500. Zabieg ten nigdy nie wywołuje żadnych objawów szkodliwych, okazuje natomiast bardzo pożądany zapobiegawczy wpływ odkażający. Nakłucia należy powtarzać co 3 — 4 dni. Pod wpływem Rivanolu blaszki opłucnowe w obrębie wysięku ulegają prawie zawsze sklejeniu. Nawet chwilowe napady gorączkowe nie skłaniały *Rosensteina* do dokonywania zabiegu operacyjnego bez uprzedniego wypróbowania leczenia Rivanolem. Leczenie Rivanolem pozwala częstokroć na uniknięcie resekcji żeber, niebezpieczeństwa odmy, ucisku płuca lub pozostania ropnych jam. Jeżeli w stanie chorego nie następuje jednak poprawa, wówczas niezbędnem jest szybkie usunięcie ropy. Przeważnie jednak udaje się obejść bez operacji.

Jeżeli przy infiltracji tkanek Rivanolem w przypadkach flegmony nie powstaje napięcie, które mogłoby zagrażać odżywianiu tkanek, wówczas można zastosować leczenie Rivanolem również i w przypadkach flegmony powierzchni dłoniowej i grzbietowej ręki oraz powierzchni stopowej i grzbietowej nogi. Flegmony pochewki ścięgnowej leczy *Rosenstein* kłutemi nacięciami i przepłókiwaniem 1‰-owym roztworem Rivanolu, które często okazuje znakomite wyniki lecznicze. Przeważnie należy te zabiegi powtarzać kilka razy. Postępującą flegmonę przedramienia lub podudzia *Rosenstein* „powstrzymuje" w górnej jej części zapomocą podskórnego wstrzykiwania 1‰-owego roztworu Rivanolu.

Pojedyńcze czyraki można wyleczyć z łatwością zapomocą Rivanolu; pod wpływem wstrzyknięcia dookoła czyraka i pod niego 1‰-owego roztworu Rivanolu z Novocainą wszelkie objawy cofają się bardzo szybko. Przy wąglikach z martwicą podskórną nie stosuje się odkażania głębokiego.

Wielokrotnie udawało się *Rosensteinowi* wyleczyć szybko różę kończyn przez okrężne wstrzyknięcie Rivanolu na 10 cm powyżej brzegu róży. Przy róży twarzy autor nie stosował tego leczenia ze względu na możliwość ewent. zeszpecenia twarzy. Rivanol stosowano z powodzeniem również i w wielu przypadkach ropni przynerkowych i okołonerkowych oraz przy zapaleniu najądrza (przeważnie rzeżączkowem).

Głębokie odkażanie tkanek Rivanolem jest więc szczególnie skuteczne przy wszelkich ropieniach, wywołanych przez paciorkowce, gronkowce i laseczniki okrężnicy. Natomiast ropienia na tle gruźlicy, cukrzycy, rozpadających się guzów i ogólnego zakażenia nie mogą być przedmiotem odkażania jam surowiczych i tkanek, gdyż nie jesteśmy w tych warunkach wstanie dojść do źródła choroby i bakterje pozostają nietknięte. We wszystkich wyżej wymienionych chorobach odkażanie głębokie jest wypróbowaną już od wielu lat metodą leczniczą, która pod licznemi względami przewyższa operacyjny sposób leczenia.

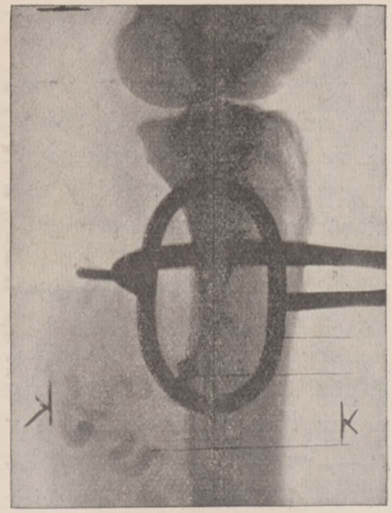
Dr. M. WOLF i dr. F. REMENOWSKI, I Oddział dermatologiczny Polikliniki Powszechnej w Wiedniu.

O VARICOGRAFJI.

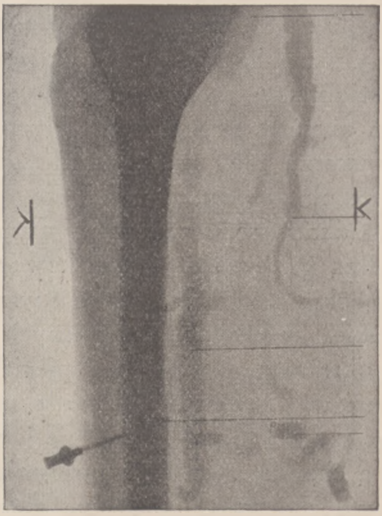
(Referat według Wien. Klin. Wschr., 1931, Nr. 11).

Dla dokładnego zbadania przebiegu rozszerzonych żył autorzy wstrzykiwali do żylaków 20%-owy roztwór Abrodilu. Spostrzeżenia ich dotyczą 11 przypadków. Varicografji dokonywano przeważnie w pozycji poziomej. Pierwszym trzem chorym wstrzyknięto Abrodil w górnej trzeciej części podudzia. Na zdjęciach, dokonanych w 2 minuty, względnie w 5 minut po wstrzyknięciu, rozszerzone żyły, przebiegające w bezpośredniej bliskości miej-

sca zastrzyku, były częściowo dobrze wypełnione, podczas gdy żylaki części środkowej podudzia wykazywały kontury niedostatecznie ostre, żylaki zaś części dolnej nie uwidoczniły się wcale. Jeżeli poniżej kolana zakładano opaskę uciskową i wstrzykiwano 20%-owy roztwór Abrodilu na granicy między środkową i dolną częścią rozszerzonych żył, wówczas na zdjęciu rentgenowskiem stwierdzano kierunek prądu krwi przeważnie ku częściom obwodowym. Jeżeli określony obszar żylaków zamykano przez ucisk palcem, pierścieniem metalowym lub opaską gumową, założoną po obu stronach miejsca wstrzyknięcia (3) (raz w górnej trzeciej części, dwa razy w środkowej i raz w dolnej części podudzia), wówczas żyły na odgrodzonym obszarze były zarysowane



1. Zdjęcie w 2 minuty po wstrzyknięciu.
a pierścień metalowy;
b igła skierowana w kierunku dogłowowym;
c żylaki.

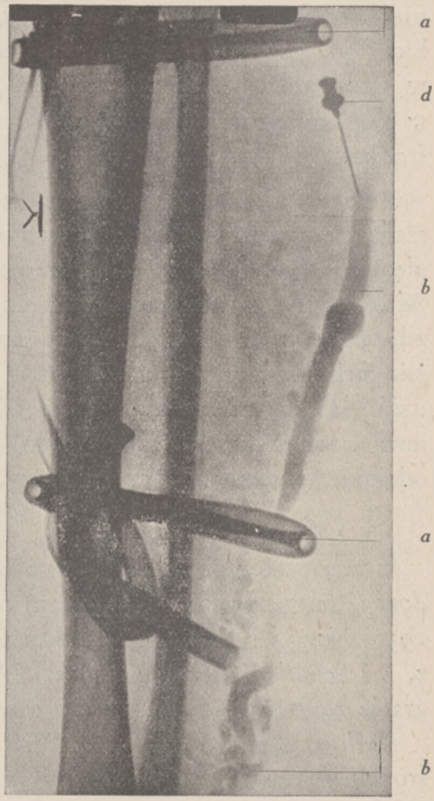


2. Zdjęcie w 2 minuty po wstrzyknięciu.
a vena tibialis posterior; *b* vena poplitea; *c* górny koniec sztucznego zakrzepu; *d* ectasia cirsoides; *e* igła.

zaledwie bardzo niewyraźnie, podczas gdy żyły przebiegające obwodowo od miejsca uciśniętego aż do grzbietu stopy były widoczne bardzo dobrze, bez względu na to, czy zdjęcia dokonywano zaraz po wstrzyknięciu, czy też po 2 — 3 minutach i bez względu na kierunek wstrzyknięcia. Również i przy wkłuciu igły w kierunku dogłowowym roztwór Abrodilu posuwał się ku obwodowi.

Zdjęcia rentgenowskie, dokonane w pozycji poziomej, przy zupełnem unieruchomieniu kończyny, wykazały, że Abrodil często jeszcze przez dłuższy czas po wstrzyknięciu zalega w rozszerzonych żyłach oraz, że również często, wskutek wstecznego kierunku prądu, przenika do obwodowych odgałęzień żylnych. Również przy zmieszaniu 20%-owego roztworu Abrodilu

z 60%-owym roztworem cukru stwierdzano zachowanie zupełnie takie same jak przy czystym roztworze Abrodilu. Zamknięcie określonego odcinka żylnego zapomocą prób przerwania drożności (pierścień z metalu, skóry lub w rodzaju krążka macicznego) w ten sposób, aby zamknąć wszelkie, również i głębokie anastomozy żylaków — jest prawdopodobnie niemożliwe. Jeżeli opróżnić odcinek żylaka ze krwi i wstrzyknąć Abrodil, to nigdy nie udaje się utrzymać tam płynu kontrastowego przez dłuższy czas, gdyż zostaje on stosunkowo szybko rozcieńczony dopływającą krwią. Już w dwie minuty po wstrzyknięciu Abrodil przenika poza pierścień uciskowy ku dołowi i dostaje się do powierzchownej sieci żylnej (rys. 1). Jeżeli, jak się okazuje, nie jesteśmy wstanie ucisnąć całkowicie żył powierzchownych, to skuteczny ucisk głębiej leżących odgałęzień Venae saphenae magnae et parvae jest tembardziej niemożliwy do osiągnięcia. Tak np. w pewnym przypadku wstrzyknięto obwodowo do sztucznie wywołanego zakrzepu żylnego 40%-owy roztwór Abrodilu; otóż po upływie zaledwie 2 minut Abrodil przeniknął nietylko do widocznych rozszerzeń żylakowatych danego odcinka (z wyjątkiem miejsc, dotkniętych zakrzepem), lecz wypełnił również i przebiegającą w głębi żyłę piszczelową tylną aż do wysokości zgięcia kolanowego (2). U innej pacjentki wstrzyknięcie Abrodilu do żyły w dolnej trzeciej części podudzia poniżej opaski uciskającej, lecz jednak ponad kostką wewnętrzną, umożliwiło uwidocznienie wężykowato przebiegających żył w okolicy kostek i żyły piszczelowej tylnej, podczas gdy rozszerzenia tylne Venae saphenae magnae, przebiegające powyżej miejsca uciśniętego, pozostały na zdjęciu niewidoczne.



3. Zdjęcie w 3 minuty po wstrzyknięciu. *a* gumowa opaska uciskowa; *b* vena saphena parva; *c* powierzchownie niewidoczna ectasia cirsoides; *d* igła.

Stały kierunek prądu żylnego w głąb odgrywa dużą rolę przy stwierdzaniu drożności głębokich żył po przebytem zapaleniu. Dalsze badania wykażą, czy przy zachowaniu określonych warunków postępowania uda się wykazać przynależność danego odcinka do głębokiej sieci żylnej. Okaże się wówczas, czy

istnienie głębokich żylaków ma, jak to uważają niektórzy autorzy, takie duże znaczenie przy powstawaniu nawrotów po sztucznem uniedrożnieniu żył, przy drętwych owrzodzeniach i przy przewlekłych, trudno poddających się leczeniu obrzmieniach. U 11 chorych, dotkniętych owrzodzeniami podudzia i rozlanem zgrubieniem kończyn dolnych, nie stwierdzono w głębokich żyłach żadnych zmian chorobowych, któreby przemawiały za słusznością powyżej wspomnianego poglądu; wydaje się, że również i krążenie w głębokich naczyniach chłonnych odbywało się bez przeszkód. Obawa, aby środki wywołujące niedrożność mogły doprowadzić do podrażnienia śródbłonka również i głębokich żył, jest nieuzasadniona, gdyż według *Wolfa* i *Remenowskiego* nawet w przypadkach bardzo dużych powierzchownych żylaków krążenie krwi w głębi odbywa się normalnie, co sprzyja szybkiemu usunięciu zastosowanego środka.

S t r e s z c z e n i e: Zapomocą Abrodilu udało się wykazać, że w większości przypadków powierzchownych żylaków (w przeciwieństwie do żylaków głębokich) prąd krwi jest pomimo vis a tergo skierowany ku obwodowi. W określonych warunkach postępowania można uwidocznić głębokie drogi na zdjęciu rentgenowskiem. Ma to szczególne znaczenie zwłaszcza w tych przypadkach, w których po przebytem zapaleniu głębokich żył pragniemy stwierdzić ich drożność. Nawet przy najstaranniejszej technice nie udaje się zatrzymać środka, zastosowanego dla sztucznego uniedrożnienia w określonym odcinku żylnym przez czas dłuższy.

* * *

Liczny szereg autorów stosował już Abrodil dla celów vasografji. *Teschendorf* (Röntgenpraxis, 1930, z. 20) oraz *Bronner i Schüller* (Dtsch. med. Wschr. 1930, Nr. 33 i Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgen-Strahlen 1930, tom 42, z. 2 i *Schüller*, Med. Klin. 1931, Nr. 39) wykonywali z powodzeniem arterjografję zapomocą 22,5%-owego roztworu Abrodilu.

Kollert, Demel i Sgalitzer (Wien. med. Wschr. 1931, Nr. 8) stosowali jako środek kontrastowy 20—40 cm^3 Abrodilu i uwidaczniali na kliszy rentgenowskiej zamknięcie naczyń obwodowych lub zwężenie ich światła. Głównem wskazaniem do wykonywania arterjografji jest ścisłe rozpoznanie znajdującego się w tętnicy zatoru. Również i w przypadkach obwodowych tętniaków arterjografja dostarczała wielu ważnych wskazówek.

Sgalitzer, Kollert i Demel (Klin. Wschr. 1931, nr. 36) stosowali Abrodil również i dla kontrastowego uwidoczniania żył, np. żylaków, oraz dla kontrastowego wypełniania naczyniaków. Uwidocznienie żył w pobliżu owrzodzenia goleni często wykrywało bardzo małą ilość większych pni żylnych, w istniejących zaś stwierdzano nierzadko rozległe zmiany w ścianach.

Loewe (Zbl. Chir. 1931, Nr. 35) stosując Abrodil, był wstanie dokładnie zlokalizować rentgenologicznie miejsce zatoru. Dla rentgenografji zatoru w na-

czyniach kończyny dolnej *Loewe* obnażył tętnicę udową i wstrzyknął do niej 20 cm^3 20%-owego roztworu Abrodilu. Zator musi się znajdować w tem miejscu, gdzie na kliszy urywa się cień kontrastowy. Również i *Frey* i *Zwerg* (Dtsch. Z. Chir. 1931, tom 232) stosowali Abrodil dla badania zaburzeń krążenia i zmian układu tętniczego i żylnego. Dzięki zastosowaniu Abrodilu udawało się wyraźnie i ściśle umiejscawiać uszkodzenia naczyń i zamknięcia światła wskutek zakrzepów, miażdżycy, zatorów, uniedrożniających zmian zapalnych (Endarteriitis obliterans) i ciężkich skurczów tętniczych. Metoda abrodilowa przewyższała swą dokładnością wszelkie inne dotychczas stosowane sposoby badania.

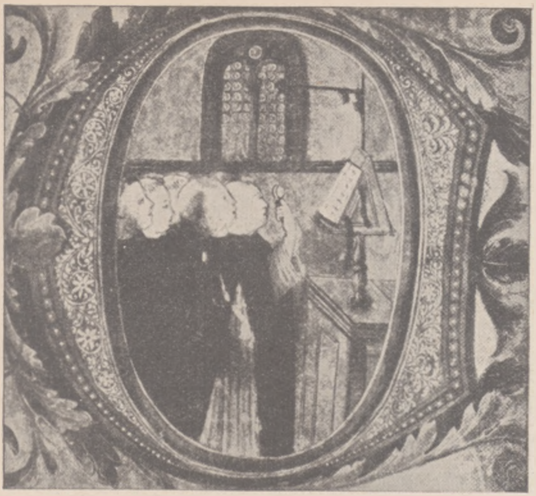
Dos Santos, Lamas i Caldas (Presse méd. 1931, Nr. 31) podali wyniki swych badań nad intraaortalną aorto-rentgenografją zapomocą wysokoprocentowego roztworu Abrodilu. 20 — 25 cm^3 umożliwiają uwidocznienie krążenia tętniczego w jamie brzusznej. Po wewnątrzaortalnem wstrzyknięciu Abrodilu (w uśpieniu lub pod znieczuleniem nerwu trzewnego) otrzymywano również i obrazy pyelograficzne, co przy stosowaniu jodku sodu udaje się jedynie wyjątkowo. W ten sposób na zdjęciu rentgenowskiem, dokonanem podczas wstrzykiwania Abrodilu, widzimy tętnicze krążenie nerkowe, a na zdjęciu dokonanem po upływie kilku minut widzimy wyraźnie nerkowe drogi wydzielnicze. Abrodil nadaje się znakomicie również i dla celów stereo-aortografji, gdyż bez przerwania wstrzykiwania daje doskonałe zdjęcia obu płaszczyzn. Wprowadzenie Abrodilu do praktyki aortografji uczyniło z niej prostą, pewną i nadzwyczaj cenną metodę badania. *Lengueu, Fey i Truchhot* (Presse méd. 1931, Nr. 46) wstrzykiwali pod ciśnieniem do aorty lędźwiowej mieszaninę Abrodilu i jodku sodu. Zdjęcia były bardzo dobre. Arterjografja umożliwiła dokładne rozpoznanie nawet w tych przypadkach, w których inne metody badania zawiodły, jak np. stwierdzenie raka nerki, ustalenie chorej strony przy gruźlicy i t. d.

Prof. dr. GREEFF, Berlin.

O POCHODZENIU OKULARÓW.

(Referat według katalogu zbioru obrazów odnoszących się do historji okularów).

Dość rozpowszechniony pogląd, że okulary istniały już na 2,000 lat przed Chr. jest — według *Greeffa* — stanowczo błędny. Podania, jakoby znajdywano okulary w pałacu królewskim w Knossos na Krecie (wielki pałac odkopany w r. 1900 przez *Evansa*, pochodzący z III i II tysiąclecia przed Chr.), na górze Ida i w sarkofagach Kartaginy są pozbawione wszelkiego oparcia. *Greeff* uważa, że okulary zostały wynalezione dopiero w drugiem tysiącleciu po Chr. Okulary pochodzące z przed 1500 r. nie zachowały się wcale. Poczynając od 14-go wieku spotykamy już najróżnorodniejsze rodzaje okularów, uwidocznionych na licznych obrazach, przyczem nierzadko stwierdza się oznaki nieprawdopodobnego anachronizmu. Tak np. widzimy *Mojżesza*, greckich filozofów lub świętych ojców kościoła z okularami na twarzy.



Z psałterza klasztoru Św. Marka w Florencji.
(Szkło powiększające na rączce; obraz pochodzi z 14-go wieku).

W starożytnym Rzymie znane było jedynie powiększające działanie szklanej kuli wypełnionej wodą; zdolność powiększania przypisywano jednak nie wypukłej powierzchni, lecz uzależniano ją od działania wody. Wielu rzymskich pisarzy *(Cyceron, Nepos, Suetonius)* skarży się na starcze osłabienie wzroku i żałuje, że lekarze nie posiadają żadnego na to sposobu. Gdyby znano już wówczas lupę lub okulary, to słynni ci pisarze z pewnością wiedzieliby o tem i korzystaliby z odpowiednich szkieł. Soczewkowate, przezroczyste twory, znalezione wśród wykopalisk w Niniwie, Troi, na Krecie i w Egipcie, które według starych poglądów i według *Taylora* uważano za soczewki powiększające, nie służyły jednak wcale dla celów optycznych, lecz były to jedynie fantazyjne wyroby lub też oznaki albo guziki, noszone jako ozdoba ubrania. Z badań *Greeffa* wynika, że pod koniec 15-go wieku hiszpańscy jezuici zawieźli okulary do Chin, a nie jak to się przeważnie błędnie przypuszcza, że okulary pochodzą właśnie z Chin i Indji. Istnieje jeszcze jeden dokument starożytny, który się zwykle przytacza jako dowód dawnego pochodzenia szkieł wzrokowych. *Pliniusz* (23 — 79 po Chr.) powiada w swej Historia naturalis: „Nero princeps gladiatorum pugnas spectabat smaragdo". Według *Greeffa* zaś, opierającego się na innych jeszcze opisach *Pliniusza, Neron* patrzał jedynie przez szmaragd, aby oszczędzać swe zmęczone oczy lub chronić je od promieni słonecznych (czyli był to rodzaj zielonych okularów ochronnych).

Pierwsze podstawy do wynalezienia okularów położył w 2-iem stuleciu po Chr. grecki astronom i matematyk *Ptolomeusz* z Aleksandrji, który zauważył i opisał zjawisko załamania się światła na skrzywionych przezroczystych powierzchniach. Następnie *Alhazan* (966 — 1036) doniósł w swem dziele „Optice Thesaurus", że segmenty kuli mają niezwykłą właściwość powiększania przedmiotów. Na podstawie tego dzieła przetłumaczonego później na



Wędrowny handlarz okularów.
(A. v. Ostade, 1610—1685).

język łaciński *Roger Bacon* (1214—1294) zwrócił uwagę na możność wykorzystania segmentów kuli dla poprawiania osłabionej zdolności widzenia starych ludzi. Około r. 1300 wynaleziono wypukłe okulary. W kronikach klasztoru Św. Katarzyny w Rizie znajduje się opis, że w tym czasie *A. de Spira* wytwarzał okulary. *L. Darmstädter* podaje jednak, że *Spira* nie był pierwszym twórcą okularów, a wynalazł je prawdopodobnie niejaki S. degli *Armati*. Soczewki dla powiększenia rozpowszechniają się następnie powoli we wszystkich krajach, przeważnie pod nazwą kamieni do czytania (Lapides ad legendum). Wobec tego, że wytwarzanie bezbarwnego szkła natrafiało wówczas na bardzo duże trudności techniczne, wyrabiano kamienie do czytania z kwarcu, kryształu górskiego lub berylu. W jednem z rozporządzeń Wysokiej Rady Wenecji, pochodzącem z r. 1300, jest mowa już nietylko o kamieniach do czytania lecz również i o okularach. Pierwszym obrazem, na którym znajdujemy okulary dla obu oczu jest portret kardynała *Hugona Prowansalskiego* wykonany w r. 1352 przez malarza *Thomaso di Modena*. Następnie widzimy już coraz więcej obrazów przedstawiających ludzi noszących okulary. W r. 1363 *Guy* de *Chauliac* zaleca w swej Chirurgia magna okulary jako skuteczny środek przeciwko osłabieniu wzroku. Również i okulary na rączce były już w 14-ym wieku znane, jak tego dowodzi załączona rycina pochodząca z psałterza klasztoru Św. Marka w Florencji. Pod koniec 14-go wieku pojawiły się oprócz szkieł pojedyńczych również i okulary składające się z dwóch szkieł osadzonych na trzonkach i spojonych w jedną całość. Ta postać okularów utrzymała się aż do końca 16-go wieku. Tymczasem pod koniec 15-go wieku ukazały się pierwsze okulary oprawne w skórę, a następnie cały szereg innych stopniowo coraz doskonalszych postaci (okulary czołowe, czapkowe, nitkowe). W roku 1517 *Rafael* namalował portret *Leona X* z wklęsłemi okularami. Od roku 1550 *Hollerius* stale zaleca okulary przeciw krótkowzroczności. W r. 1604 *Kepler* opracowuje swą słynną teorję optyczną o sposobie działania wypukłych i wklęsłych szkieł i stwarza mocne podstawy dla właściwego stosowania okularów. Okulary kleszczowe rozpowszechniły się dopiero w wieku 17-ym. Jeszcze później zaczynają w Anglji, a następnie i na kontynencie wytwarzać okulary zakładane za uszy lub tak zwane okulary skroniowe. Oprawy okularów wytwarzano w najróżnorodniejszych postaciach, które zależały do pewnego stopnia również i od panującej w danej epoce mody (noszenie peruki).

Nietylko jednak zewnętrzna postać okularów zmieniała się z biegiem stuleci, lecz, co ważniejsze, stale zwiększała się również i siła optyczna soczewek, które udoskonalano coraz bardziej i coraz lepiej dostosowywano do różnych stanów osłabienia wzroku.

Wells w swej pracy „An essay upon single vision with two eyes", wydanej w r. 1792, zaleca przeciw dalekowzroczności szkła pryzmatyczne, a *Wollaston* w r. 1804 zaleca w tym celu meniskową postać szkieł. W r. 1825 *G. B. Airy* wprowadził cylindro-sferyczne szkła dla astygmatyków. Znaczne udoskonalenie cylindrycznych i pryzmatycznych okularów zawdzięczamy następnie *Dondersowi* (1860); ostatnio zaś najbardziej zasłużył się w technice ulepszenia okularów *Gullstrand* (1899).

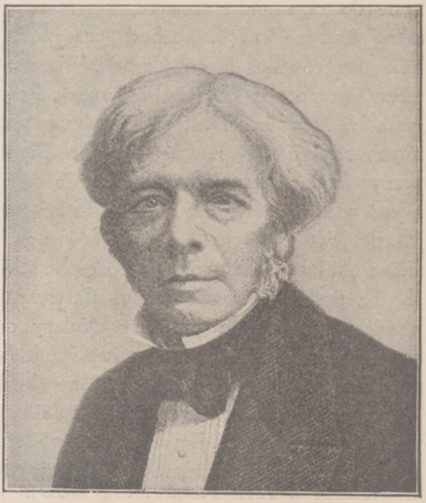
GALVANI — FARADAY

Elektryczność — bez której nie można sobie wprost wyobrazić współczesnej kultury, potęga, która zwycięsko przeniknęła do prawie wszystkich dziedzin techniki, jest jednak pojęciem stosunkowo niedawnem! Przez długie tysiące lat przyroda ukrywała tę siłę przed dostępem człowieka i gdy wreszcie jednak zmuszona była do wydania mu swej tajemnicy, to współdziałały przy tem, jak zresztą przy prawie wszystkich wielkich odkryciach dwa czynniki: przypadek i genjalna zdolność poznania związku między przyczyną i działaniem, która wskazała drogę do dalszych badań. Przed 150 laty, pod koniec roku 1780 — *Galvani*, znakomity lekarz i przyrodnik boloński, pracował nad fizjologją skurczu mięśniowego. *Galvani* po-

wiesił na żelaznej poręczy swego balkonu kilka preparatów uda żaby na miedzianych haczykach. Ku swemu wielkiemu zdziwieniu *Galvani* zauważył, że każde dotknięcie uda żabiego do żelaza poręczy wywołuje gwałtowny skurcz mięśni udowych. *Galvani* miał przed sobą pierwsze i najprostsze ogniwo elektryczne i okoliczność, że poznał on intuicyjnie wielkie znaczenie tego niepozornego na pierwszy rzut oka zjawiska, że zrozumiał odrazu, iż natrafił na nieznane dotychczas źródło siły, że pierwszy ustalił trafnie prawa tej siły — dowodzi nie-



GALVANI 1737—1798



FARADAY 1791—1867

zwykłej bystrości umysłu tego wielkiego człowieka. Była to godzina narodzin „galwanizmu"; na balkonie *Galvaniego* w Bolonji powstała wówczas twórcza myśl, która, może jak żadne inne odkrycie mózgu ludzkiego, zdobyła następnie całą ziemię. Wdzięczna ludzkość w uznaniu zasług *Galvaniego* nazwała tę postać elektryczności jego imieniem. Pierwsze doniesienie *Galvaniego* o wynikach jego badań zostało ogłoszone w r. 1791 w „Commentarii academiae Boloniensis" pod tytułem „De viribus electricitatis in motu musculari". Znaczenie jakie pozyskał prąd galwaniczny właśnie w medycynie, nie wymaga chyba wyjaśnienia; zarówno przy rozpoznawaniu jak i przy leczeniu stał się on jednym z niezbędnych środków pomocniczych.

Minęło niedawno 100 lat od chwili, gdy po podstawowem odkryciu *Galvaniego* dokonane zostało drugie wiekopomne odkrycie. W roku 1831 anglik *Faraday* wykrył inną siłę elektryczną — indukcję. *Faraday*owi również zawdzięczamy nasze wiadomości o prawach chemicznego działania prądu elektrycznego.

Również i nazwisko *Faraday'a* przeniknęło do słownika zarówno lekarza jak i fizyka; liczne są wskazania, dla których się chorych „faradyzuje", — a prąd faradyczny odgrywa w potężnych technicznych zdobyczach naszych czasów taką samą wielką rolę jak prąd galwaniczny. Wspomnienie o tych dwóch ważnych datach, kiedy te prądy zostały naszym zmysłom udostępnione i o tych dwóch sławnych mężach nauki, którzy potrafili je zrozumieć i wykorzystać — jest obowiązkiem naszej wdzięczności w stosunku do *Galvani'ego* i *Faraday'a* za ich wielkie czyny.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Jakie znaczenie ma określanie podstawowej przemiany materji dla lekarza praktyka?

Podstawowa przemiana materji (p. p. m.) przedstawia najmniejsze zachodzące w ustroju natężenie procesu spalania. Przy określaniu p. p. m. należy unikać wszelkiego napięcia mięśniowego lub ruchu, gdyż każde najmniejsze nawet poruszenie zwiększa p. p. m. Ostatnie pożywienie można spożyć najpóźniej na 12—14 godzin przed badaniem; wskazanem jest również, aby na 1—2 dni przed określaniem p. p. m. podawać badanemu dietę małobiałkową, gdyż w ten sposób współczynnik oddechowy, to znaczy stosunek przyjętego tlenu do wydzielonego dwutlenku węgla, pozyskuje stałą wartość 0,8. Określenie p. p. m. wykazuje nam, ile tlenu zużywa w określonym czasie człowiek będący naczczo i zupełnie spokojnie leżący.

Przemiana podstawowa dorosłego człowieka wynosi na godzinę około 1 kalorji; na wielkość przemiany okazują jednak znaczny wpływ płeć, wiek, wzrost i waga ciała.

U noworodków p. p. m. jest stosunkowo mała, w ciągu pierwszego roku wzrasta znacznie i pozostaje stosunkowo wysoka aż do ukończenia okresu pokwitania i wzrostu. Dorosły człowiek przy niezmienionym stanie odżywiania ma w ciągu długich lat stale jednakową przemianę podstawową. U mężczyzn p. p. m. jest stosunkowo większa niż u kobiet. W wieku starszym p. p. m. obniża się.

Odchylenia od prawidłowych wielkości p. p. m. stwierdza się przedewszystkiem przy zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych. Wzmożenie p. p. m. stwierdza się przy nadczynności tarczycy (choroba Basedowa), akromegalji, moczówce prostej, nadmiernem spożywaniu pokarmów, następnie podczas gorączki wskutek chorób zakaźnych lub po wstrzyknięciu białka; przy nadciśnieniu samoistnem, żółtaczce hemolitycznej, białaczce, niedokrwistości złośliwej i wtórnej, niektórych nowotworach złośliwych i przy nadmiernej pobudliwości nerwu współczulnego.

Obniżoną przemianę podstawową stwierdza się przy wypadnięciu czynności tarczycy, hipotyreozach (cachexia strumipriva, cretinismus, myxoedema), po kastracji, w przypadkach niedostatecznej lub nieprawidłowej czynności jajników, w okresie preklimakterycznym, przy objawach wypadnięcia czynności przysadki, przy głodzeniu i przewadze napięcia nerwu błędnego.

Prawidłową przemianę materji stwierdza się przy cukrzycy, przy zakażeniach przebiegających bez gorączki, przy chorobach wyniszczających (rozpoznanie różniczkowe w stosunku do hipertyreoz), przy nadciśnieniu na tle nerkowem i innych chorobach nerek, przy chorobach wątroby, kile i kiłowem zajęciu aorty.

Arsen obniża p. p. m., jod i hormon tarczycy wzmagają ją. Przy nadczynności tarczycy jod może obniżyć p. p. m., może ją jednak i spotęgować w nadzwyczajny sposób.

Przy hipertyreozach antithyreoidyna *Möbiusa*, ergotamina, preparaty jajnikowe, naświetlanie rentgenem i radem obniżają p. p. m. Wyciągi z tylnego płata przysadki nie okazują wpływu na współczynnik oddecho-

wy, zwiększają jednak ilość O_2 i CO_2. Wyciągi z przedniego płata przysadki zwiększają współczynnik oddechowy i obniżają O_2 i CO_2. Przy chorobach krwi preparaty gruczołu tarczycowego okazują wpływ pomyślny. Preparaty jajnikowe wpływają dodatnio na objawy niedomogi jajnikowej.

Dr. F. Fleischer.

(Z. f. ärztl. Fortbildg. 1929, tom 26, Nr. 18)

Chemoterapja w położnictwie i ginekologji.

Wyniki naszych prób leczenia zakażenia połogowego Trypaflaviną okazały się zupełnie zgodne z wynikami otrzymanemi przez liczny szereg różnych autorów. Trypaflavinę wstrzykuje się dożylnie w dawce 5 cm^3 $^1/_2$%-owego roztworu lub 15—20 cm^3 2%-owego roztworu, odpowiednio do ciężkości zakażenia. Zastosowanie wporę Trypaflaviny może w bardzo krótkim czasie przyczynić się do wyleczenia zakażenia. Trypaflavina wpływa nadzwyczaj pomyślnie również i na przebieg schorzeń gonokokowych, doprowadzając przeważnie szybko do zupełnego wyleczenia rzeżączki i jej powikłań.

Nacieczeń lub martwicy w miejscu wstrzyknięcia nie spostrzegano ani razu. Dla uniknięcia ewentualnych uszkodzeń skóry najlepiej postępować w sposób następujący: przed nabraniem do strzykawki roztworu Tryflaviny aspirujemy do niej około 1 cm^3 25%-owego roztworu glukozy; wobec tego, że oba roztwory wskutek różnej ich gęstości nie mieszają się, więc nawet minimalna ilość Trypaflaviny przy wyjmowaniu igły po dokonanem dożylnem wstrzyknięciu nie może przeniknąć do tkanki podskórnej.

Oto kilka naszych przykładów:

1. K., lat 20, pierwiastka, przyjęta do szpitala z objawami zakażenia. Gorączka 40^0, dreszcze. Trypaflavina dożylnie: codziennie wstrzykiwania 5 cm^3 2%-owego roztworu. Już na piąty dzień spadek lityczny gorączki z 40^0 na 37^0. Zupełne wyleczenie. Po trzeciem wstrzyknięciu na częściach skóry wystawionych na stosunkowo silne wówczas promieniowanie słońca, wystąpiło ciemno - brunatne zabarwienie.

Sprawa polegała na powstaniu świetlnego rumienia skórnego, do którego Trypaflavina, jako środek uczulający na światło, usposabia w znacznym stopniu. Nie bacząc na ten rumień, Trypaflavinę wstrzykiwano jednak nadal, zarządzając jedynie wobec postępującej poprawy 1 — 2-dniowe przerwy.

2. Pani S., lat 27. Po dokonaniu skrobanki ciepłota podnosi się do 40^0. Leczenie dożylnemi wstrzykiwaniami $^1/_2$%-owego roztworu Trypaflaviny, pod których wpływem gorączka już pierwszego dnia opada do normy. Po 3 dniach pacjentkę można już było wypisać jako wyleczoną.

3. R. P., lat 21, pierwiastka, przyjęta do szpitala 11.I.30. Tegoż dnia poród o prawidłowym przebiegu. Po upływie 3 dni podniesienie się gorączki do $39,5^0$. Wysoka ciepłota utrzymuje się przez dwa tygodnie. Cuchnące odchody; przepłókiwania macicy roztworem Trypaflaviny. 17-go dnia dożylne wstrzyknięcie Trypaflaviny, poczem następuje spadek gorączki i poprawa stanu ogólnego. 2.II.30 chora wypisuje się wyleczona.

4. Pani L. Z., lat 22, pierwiastka. 27.XII. 29 r. poród. Płód zupełnie zmacerowany. Cuchnące odchody. Codzienne przepłókiwania Trypaflaviną. 5.I.30 wypisana jako wyleczona.

Dr. Wł. P. Smoleński.

Kierownik Gminnego Zakładu Położniczego w Warnie.

Hormonalny odczyn ciążowy z moczu człowieka i zwierząt.

Pogląd, że wydzielanie hormonu przedniego płata przysadki w moczu podczas ciąży jest cechą właściwą wyłącznie człowiekowi i małpie, nie okazał się słuszny, gdyż również i w moczu ciężarnej klaczy można wykazać obecność hormonu przedniego płata (h. p. p. „A"). Zawartość h. p. p. „A" w moczu wynosi w pierwszych miesiącach ciąży 800 jednostek mysich

(j. m.) na litr; pod koniec ciąży krew klaczy zawiera prawie taką samą ilość h. p. p. co u kobiety w ciąży. Różnica jednak polega na tem, że zawartość h. p. p. we krwi klaczy z rozwojem ciąży się zmniejsza, podczas gdy we krwi ludzkiej pozostaje stale na tym samym poziomie, a pod koniec ciąży nawet nieco się zwiększa. Kobieta jest więc odnośnie do h. p. p. podczas ciąży stale wielohormonalną, brzemienna zaś klacz tylko okresowo. W odróżnieniu natomiast od człowieka nie znajdujemy wcale w moczu końskim h. p. p. „B". Zawartość hormonów płciowych we krwi (w surowicy) i w moczu u człowieka i konia podczas ciąży wynosi przeciętnie na litr:

	KREW			MOCZ		
	Follikulina j. m.	H. p. p. A. j. m.	H. p. p. B. j. m.	Follikulina j. m.	H. p. p. A. j. m.	H. p. p. B. j. m.
Kobieta	600	15,000	10,000	12,000	20,000	10,000
Klacz	800	2,000	1,000	100,000	800	—

Natomiast w moczu koni znajdujemy również follikulinę, chociaż w nieco innej postaci niż u człowieka; u człowieka follikulina wydziela się w postaci rozpuszczalnej w eterze, a u konia w postaci nierozpuszczalnej. Mocz ciężarnej klaczy zawiera 100,000 — 400,000 j. m. na litr (w przeciwieństwie do zaledwie 800 j. m. w litrze surowicy). Ciężarna kobieta wydziela w przybliżeniu 150,000 j. m. w 10 dni, klacz codziennie 10 litrów moczu = 1,000,000 j. m. Klacz wydziela podczas ciąży w 250 dni 250,000,000 j. m. Wykazanie follikuliny + h. p. p. „A" w moczu koni — objawy rui u młodych szczurów (rozmaz wydzieliny pochwowej) — *Zondek* wykorzystuje jako odczyn umożliwiający rozpoznanie ciąży u koni.

Prof. dr. Zondek.
Szpital Miejski, Berlin-Spandau
(Kl. W. 1930, Nr. 49).

O leczeniu padaczki.

Dla ułatwienia zastąpienia chlorków przez bromki *Thurzó* uważa za celowe rozpoczynać bromowe leczenie padaczki od podania teobrominy lub od wstrzyknięcia Novasurolu lub Salyrganu. Objawów bromizmu można uniknąć przez podawanie soli bromowych w połączeniu z Antipyriną. Dla kombinowanego leczenia bromem i walerjaną najlepiej korzystać z preparatu Adamon. We wszystkich przypadkach, w których leczenie bromowe okazuje się nieskuteczne, należy wypróbować Luminal. Dorosłym *Thurzó* podaje 2—3 razy dziennie po 0,05 g, w przypadkach bardzo ciężkich najwyżej 0,1 g. Stosowanie większych dawek Luminalu jest bezcelowe. Dobowa dawka Luminalu 0,10—0,15 przyjmowana codziennie nawet w ciągu lat, nie powoduje żadnych, najmniejszych nawet przykrych objawów ubocznych. Luminal poprawia również nastrój chorych. Nawet jedno- lub dwuletnim dzieciom można podawać 0,01—0,02 g Luminalu. Wobec tego, że Luminal wchłania się lepiej w środowisku zasadowem, *Thurzó* zapisuje jednocześnie $NaHCO_3$. Autor często stosuje również następujące połączenie z Antipyriną:

Rp.

Luminali	0,05
Antipyrini	0,10
Natrii bicarbonici	0,30

M. f. p. dent. tal. dos. aequal. Nr. XXX.

Częstokroć okazuje się pożytecznem kombinować pojedyńcze dawki Luminalu z 1-2 ctg. Extracti Belladonnae lub z boraksem.

Dr. E. Thurzó.
Klinika chorób nerwowych i umysłowych uniwersytetu węgierskiego w Debreczynie.
(Psych. Neurol. Wschr. 1931, Nr. 25).

Rozpoznawanie charakteru gruźlicy płuc zapomocą czerwieni kongo.

Dla rozpoznawania charakteru gruźlicy płuc *Löwenstein* posługiwał się metodą czerwieni kongo, podaną przez *Adlera* i *Reimanna* dla badania czynności układu śródbłonkowo-siateczkowego: w godzinę po dożylnem wstrzyknięciu 1%-owego roztworu czerwieni kongo oblicza się kolorymetrycznie zawarty jeszcze w surowicy barwnik i określa się w ten sposób ilość czerwieni zatrzymaną w układzie śródbłonkowo-siateczkowym. Przy badaniu 65 chorych na

gruźlicę płuc zatrzymanie czerwieni w u. ś.-s. było przy postaciach wytwórczych i marskich prawidłowe lub może nieznacznie słabsze niż u osób zdrowych, podczas gdy przy postaciach wysiękowych ilość barwnika, pozostała w surowicy, była o wiele większa niż w normie; miało tu więc miejsce gorsze nagromadzenie barwnika w u. ś.-s. Wyniki te nie były w żadnym stosunku do stanu fizykalnego, do obrazu krwi, do szybkości opadania krwinek i do okresów gruźlicy według *Turbana*. Rozpoznawanie w ten sposób charakteru gruźlicy zawsze okazywało się jednak tak dalece trafnem, że metodę powyższą można polecać jako doskonały sposób dla określania stanu odczynu ze strony ustroju.

Dr. T. Löwenstein.

Klin. chor. wewn. Uniwersytetu w Kolonji.
(Z. f. exper. Med. 1930, tom 73).

Vigantol.

Zapomocą Vigantolu osiągałem znakomite wyniki lecznicze, zwłaszcza u wyniszczonych, krzywiczych i niedorozwiniętych dzieci w wieku od 2 do 5 lat. U dwojga dzieci (4 i 5 lat) znajdujących się w rozpaczliwie złym stanie, wynik był tak szybki i pomyślny, że rodzice określali Vigantol jako cudowny poprostu środek leczniczy.

Pragnąłbym tu jeszcze wspomnieć o pewnym bardzo ciekawym przypadku z mej praktyki prywatnej: 19-letnia dziewczyna skarży się na bardzo obfite krwawienia miesiączkowe, które zaczęły już przyjmować groźny charakter. Żaden z licznych zastosowanych sposobów leczenia (nawet naświetlania) nie był wstanie wpłynąć tamująco na te krwawienia. Wówczas za radą prof. *Zacherla* z kliniki ginekologicznej w Gracu zaleciłem chorej przyjmowanie przez dłuższy czas Vigantolu, który sprawił, że chora odzyskała zupełnie prawidłowe perjody.

Dr. G. Czaki, Murau.

10 lat poronnego leczenia kiły.

Autor donosi o swych wynikach poronnego leczenia kiły z ujemnym odczynem Wassermanna. Według *Mosesa* dla poronnego leczenia kiły wcale nie potrzeba stosować jednocześnie z wstrzykiwaniami Salvarsanu również i terapję rtęciową lub bizmutową. Pomimo, że duże dawki początkowe byłyby zasadniczo wskazane, *Moses* podaje przy pierwszem i drugiem wstrzyknięciu po 0,3 Neosalvarsanu, obawia się bowiem, aby do już istniejącego uszkodzenia ustroju wywołanego przez krętki, nie dodać jeszcze drugiego szkodliwego czynnika w postaci stosunkowo zbyt wysokiej dawki. Przy trzeciem wstrzyknięciu oraz przy wszystkich dalszych, dawka wynosi 0,45 g Neosalvarsanu, aż do dawki ogólnej 6—7 g na jedną kurację. *Moses* wstrzykuje Neosalvarsan codziennie i w ten sposób cała kuracja trwa bardzo krótko, bo zaledwie 14—16 dni. Jedynie u 3 pacjentów trzeba było przerwać kurację z powodu posalvarsanowego zapalenia skóry. Żadnych innych objawów ubocznych lub powikłań nie spostrzegano ani razu.

Autor przeprowadzał swe obserwacje w okresie 1918—1929. Z pośród 135 chorych wyleczono 132. W dwóch przypadkach wchodziła w rachubę ewentualność powtórnej infekcji, leczenie zawiodło zaś tylko w jednym przypadku. 26% chorych obserwowano dłużej niż przez 4 lata. W czasie tym nie stwierdzono wcale ani objawów drugorzędnych, ani też żadnych wczesnych oznak metasyfilisu. Po ukończeniu kuracji kontrolowano wielokrotnie odczyn Wassermanna, który stale pozostawał ujemny. U 9 chorych badano również płyn mózgowordzeniowy, przyczem wszystkie 4 odczyny wypadły ujemnie.

W 23 przypadkach stwierdzono niewątpliwie reinfekcję (1 chory zaraził się nawet po raz trzeci).

Na podstawie swych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że natychmiastowe energiczne leczenie kiły Neosalvarsanem jest rzeczą bardzo ważną, gdyż taka poronna terapja doprowadza prawie w 100% do zupełnego wyleczenia.

F. Moses

Szpital Moabit w Berlinie.
Ther. Gegw. 1931, Nr. 1

O dożylnym (krwiopochodnym) węchu.

Neosalvarsan, związki kamforowe i inne wywołują po dożylnem wstrzyknięciu typowe wrażenie właściwego im zapachu. Pomiędzy wstrzyknięciem i wystąpieniem wrażenia mija pewien czas, aż wstrzyknięty związek nie dojdzie na drodze krwionośnej do okolicy węchowej. Chorzy dotknięci niezdolnością odczuwania zapachów wskutek porażenia nerwów węchowych lub zaniku błony śluzowej nie odczuwają zapachów również i po dożylnem wstrzyknięciu odpowiednich związków, natomiast przy anosmji oddechowej ten węch krwiopochodny pozostaje zachowany. Węch krwiopochodny powstaje, prawdopodobnie, na tle śródśluzówkowego podrażnienia zakończeń nerwu węchowego.

M. Bednár i O. Langfelder.
(Mtschr. f. Ohrenhlk. 1930, tom 64).

Zakażenie ogniskowe.

Doświadczenia autora dotyczą przeszczepiania na zwierzęta materjału zakaźnego (paciorkowców), pochodzącego od chorych dotkniętych cierpieniami stawów lub nerek. Celem tych doświadczeń było zbadanie, czy paciorkowce posiadają w ustroju zwierzęcym zdolność wybiórczego usadowiania się w określonych narządach. Materjał zakaźny pobierano z korzeni zębowych aseptycznie usuniętych zębów i przeszczepiano go na agar z krwią lub na inne odpowiednie pożywki. Przeważnie znajdywano w ogniskach zębowych paciorkowce, następnie gronkowce i laseczniki wrzecionowate. Paciorkowce hemolityczne znajdywano w ogniskach bezobjawowych bardzo rzadko; przeważnie stwierdzano obecność paciorkowca zieleniejącego. Z hodowli zarazków dokonywano 1—5 wstrzykiwań do żyły usznej zwierzęcia. Obraz chorobowy wywołanego w ten sposób zakażenia odpowiadał przebiegowi klinicznemu choroby pacjenta, od którego pobrano materjał zakaźny. Hodowle pochodzące od pacjentów, cierpiących na zapalenie nerek, wywoływały rozległe zatory nerkowe. Szczepienia zarazków pochodzących od chorych dotkniętych zapaleniem wsierdzia lub wrzodem żołądka nigdy nie wywoływały takich zmian nerkowych. Można wobec tego uznać powinowactwo odpowiednich paciorkowców do tkanki nerkowej.

Jeszcze wyraźniejsze były wyniki z hodowlami od chorych na cierpienia stawowe. Ciężkie zmiany stawowe, prowadzące do zupełnego unieruchomienia stawów, można było osiągnąć jedynie przez wstrzykiwania hodowli od chorych na cierpienia stawowe. W stawach zwierząt doświadczalnych stwierdzono po wstrzykiwaniach obecność odnośnych paciorkowców. Pod wpływem przeszczepienia materjału zakaźnego z zębów pacjenta cierpiącego na wrzód żołądka wywoływano głębokie owrzodzenia żołądka. Odnośnie do jednego pacjenta, cierpiącego na wrzód żołądka, dokonano w ciągu roku trzech doświadczeń: pierwszego z hodowlami z lewego migdałka, drugiego z korzenia zębowego i trzeciego z prawego migdałka. U wszystkich trzech królików stwierdzono duży wrzód żołądka. Po przeszczepieniu materjału zakaźnego od chorego na zapalenie wsierdzia, który po usunięciu migdałków wyzdrowiał, stwierdzono w doświadczeniu na króliku zaczerwienioną i obrzmiałą tętnicę główną.

Pomimo, że liczba spostrzeżeń jest jeszcze stosunkowo niewielka, to jednak wyniki doświadczeń z materjałem pobranym od chorych na zapalenie stawów lub nerek są tak przekonywujące, że dowodzą one słuszności nauki *Rosenowa* o zdolności wybiórczego umiejscawiania się paciorkowców.

Doc. dr. Precht.
Instytut Dentystyczny Uniwersytetu w Królewcu.
(Deutsche med. Wochenschr. 1929, Nr. 25).

O stosowaniu Rivanolu w okulistyce.

W przypadkach zapalenia kanału łzowego stosuje się z powodzeniem Rivanol w stężeniu 1 : 2000 do 1 : 1000. Rzeżączkowe zapalenia spojówek leczy się zależnie od siły zapalenia i złośliwości zarazków częstszem lub rzadszem stosowaniem roztworu Rivanolu 1 : 1000. Również i krople do oczu

z Rivanolu (roztwór 1 : 500) okazują się bardzo skuteczne w przypadkach ostrego zapalenia łącznic, srebra jednak zastąpić nie mogą. Autor poleca następnie rivanolową maść do oczu, którą stosuje się dwa razy dziennie: Zinci sulfurici 0,5, Tumenol — ammonii 0,5, Rivanoli 0,2, Lanolini 50,0, Vaselini albi 50,0. Przepłókiwania Rivanolem czynią wszelkie zabiegi wewnątrzgałkowe bardziej bezpiecznemi.

Dr. G. Joseph Gnanadickam,
Swedish Mission Hospital, Tirupatur, Ramnad.
(The Antiseptic 1930, 27, Nr. 12).

O odkażaniu łącznicy.

Dla odkażania łącznicy autor stosuje już od 4 lat wyłącznie Rivanol, okazał się on bowiem niezawodnym i nie drażniącym środkiem dezynfekcyjnym. Odkażanie łącznic wskazanem jest jako zabieg przygotowawczy przed okulistycznemi operacjami oraz przy wszelkich zakaźnych zapaleniach spojówek (również i przy rzeżączce spojówek u noworodków). Autor zwraca uwagę, że roztwór należy przygotowywać na świeżo i przechowywać we flakonach z ciemnego szkła. W przypadkach ubytków nabłonka na rogówce nie należy stosować Rivanolu. (Rivanolu nie wolno łączyć z solą kuchenną).

Dr. E. Jaeger.
(Kl. Mtsbl. f. Augenhlk. tom 84).

O związku między częstością występowania raka i zawartością $MgCl_2$ w pożywieniu.

Delbet uważa, że niedostateczna ilość lub brak zupełny chlorku magnu w pożywieniu jest jedną z okoliczności sprzyjających powstawaniu raka. W celu sprawdzenia, czy między zawartością $MgCl_2$ w pożywieniu a częstością występowania raka istotnie zachodzi pewien związek, autor porównał śmiertelność z raka w Ravennie, Sienie, Pizie, Grosseto, Rzymie, Ferrarze, Bari, Foggia i Cagliari z ilością spożywanego Mg (w soli kuchennej). Poniższa tablica przedstawia wyniki badań:

Prowincja	Przeciętna śmiertelność na Ca, obliczona na 1000 mieszkańców	Przeciętna śmiertelność na Ca, obliczona na 1000 zgonów	Zawartość $MgCl_2$ w spożywanej soli kuchennej	Pochodzenie soli
Ravenna	1,511	96,77	0	Cervia
Siena	1,190	70,14	0	Volterra
Piza	0,974	68,41	0	Volterra
Grosseto	0,845	55,53	0	Volterra
Rzym	0,790	46,90	6	Tarquina
Ferrara	0,719	44,94	8	Comacchio
Bari	0,424	19,99	20	Margh. di S.
Foggia	0,343	15,26	20	Margh. di S.
Cagliari	0,356	14,00	20	Cagliari

Ze statystyki powyższej istotnie wynika, że śmiertelność na raka zmniejsza się w miarę jak zawartość $MgCl_2$ w soli kuchennej staje się coraz większa.

Dr. C. Marchi, Cagliari.
(Riform. med. 1930, tom 46).

Padutina przy skurczach naczyniowych.

30 grudnia 1926 r. musiałem poddać się operacji z powodu rozpoczynającej się zgorzeli prawego podudzia. Następnie z biegiem czasu wystąpiły objawy skurczów naczyniowych również i w lewej kończynie dolnej. 29-go lipca 1930 roku zacząłem wobec tego stosować wstrzykiwania Padutiny dla przezwyciężenia skurczów. Wstrzykiwałem sobie codziennie 1 ampułkę = 2 jednostkom. Już po kilku dniach poczułem wyraźnie, że chora noga stała się cieplejsza, a dotychczasowe przykre wrażenie ziębienia ustąpiło. Z chwilą gdy wstrzykiwania zaczęły wywoływać silne dolegliwości miejscowe i ogólne, zaprzestałem wstrzykiwań codziennych, a stosowałem je tylko co dwa dni, aż organizm przyzwyczaił się do tego leku. Do 19 października dokonałem sobie 80 wstrzykiwań. Ciśnienie krwi, które przed leczeniem wynosiło 200 mm Hg opadło do 175. Uczucie osłabienia i senności zmniejszyło się znacznie; stwierdziłem ogólne wzmocnienie fizyczne i psychiczne. Dzia-

łanie to utrzymało się aż do maja 1931 roku, gdy znowu odczułem wrażenie zimna w lewej nodze i ogólne zmęczenie. Po krótkiej kuracji Padutiną dolegliwości moje ustąpiły i stan ogólny znowu się poprawił.

Prof. K. Kaiser, Berlin-Westend.
(Ther. Ber., 1931, Nr. 10).

Ciśnienie krwi i znieczulenie lędźwiowe.

Lundy i *Essex* podają, że spadek ciśnienia, występujący zwykle pod wpływem zastosowania środka znieczulającego, można z łatwością wyrównać przez domięśniowe wstrzyknięcie 0,05 Ephedriny. Doświadczenie autorów opiera się na spostrzeganiu 5,500 przypadków znieczulenia lędźwiowego. Jeżeli psu wagi 13 kg wstrzyknąć na wysokości 1 — 2-go kręgu lędźwiowego 0,025 g Pantocainy, wówczas ciśnienie krwi spada w ciągu 20 minut z 96 na 50 mm Hg. Domięśniowe wstrzyknięcie 0,04 g Ephedriny wywiera po 2 minutach wpływ na podniesienie się ciśnienia, które po upływie 15 minut dochodzi do 130 mm i utrzymuje się na tej wysokości około 1 godziny. Ephedrina (Racedrina) przedstawia niezawodny środek dla przeciwdziałania spadkowi ciśnienia podczas znieczulenia rdzeniowego. Jedyna ujemna strona tego leku polega na podrażnieniu nerwu błędnego po dużych dawkach. Podrażnienie to można jednak usunąć zapomocą atropiny.

Dr. Lundy i *dr. Essex.*
(Proc. od the Staff Meet. of the Mayo Clin. 1931, tom 6).

Ostre zapalenie mózgu u dzieci.

Autor opisuje historję choroby dwojga dzieci, u których rozpoznano ostre zapalenie mózgu. U pierwszego dziecka podejrzewano początkowo gruźlicze zapalenie opon. Nakłucie lędźwiowe wykazało jednak, że rozpoznanie to było niesłuszne. Na uwagę zasługiwał niezwykle wysoki poziom cukru w płynie (285 mg %), objaw występujący często przy zapaleniu mózgu. W ciągu 5 dni gorączka opadła, tętno obniżyło się z 160 do 100, uporczywe wymioty zaś ustąpiły pod wpływem wlewania roztworu Ringera oraz stosowania Luminalu. Przy nowem podniesieniu się gorączki wstrzyknięto dożylnie 5 cm³ 40%-owego roztworu heksametylenotetraminy, wobec zaś utrzymywania się nadal stanu podgorączkowego wstrzyknięto również dożylnie jeszcze 10 cm³ Trypaflaviny. Przy badaniu kontrolnem po upływie 4 miesięcy od chwili wypisania dziecka ze szpitala stwierdzono zupełne wyleczenie. Żadnych zmian charakteru matka nie zauważyła, jedynie liczenie w szkole sprawiało dziecku pewne trudności.

U drugiego dziecka, trzyletniego chłopczyka, objawy chorobowe przemawiały początkowo za śpiączką mocznicową względnie cukrzycą, badanie jednak moczu wykluczyło te choroby. Zawartość cukru w płynie mózgowordzeniowym wynosiła 175 mm %. Niespokojne ruchy dziecka, o typie pląsawicy, wzmagały się coraz bardziej. Dziecko nieprzytomne. Odruchy Babińskiego i Oppenheima po obu stronach wybitnie dodatnie. Gorączka podniosła się do 41°. Tegoż dnia dziecko zmarło. Prawdopodobnie była to hiperkinetyczna postać zapalenia mózgu. *Zappert*, który tę postać dokładnie opisał, uważa ją za szczególnie niebezpieczną. Wysoki poziom cukru w płynie mózgowordzeniowym oraz objawy mózgowe potwierdzały słuszność rozpoznania „Encephalitis". Dalsze objawy, jakie się stwierdza przy zapaleniu mózgu i które można wykorzystać dla rozpoznania różniczkowego, polegają na dużej leukocytozie i przyspieszeniu tętna. Przy gruźliczem zapaleniu opon tętno jest bardzo zwolnione, a liczba leukocytów nie podnosi się tak znacznie.

Dr. E. Holzmann,
Szpital Miejski, Piła.
(D. M. W. 1931, Nr. 4).

O uśpieniu Avertiną w chirurgji mózgowej.

Niebezpieczeństwa uśpienia eterowego w przypadkach operacyj mózgowych, a mianowicie obrzęk mózgu, wymioty pooperacyjne i zapalenie płuc, są bardzo poważne. Znieczulenie miejscowe jest przy większych zabiegach bardzo trudne do

przeprowadzenia. W ciągu ubiegłego roku *Dandy* stosował przy wszystkich większych operacjach mózgowych i rdzeniowych Avertinę; na 250 przypadków narkozy nie było ani jednego przypadku śmierci, któryby można było przypisać Avertinie; nie było również ani jednego przypadku pooperacyjnego zapalenia płuc. Mdłości i wymioty zdarzały się bardzo rzadko. Objawów późnego szkodliwego działania nie spostrzeżono. Dzięki niewystępowaniu obrzmienia mózgu można odsłaniać o wiele większe obszary mózgu niż dawniej, co ma szczególnie duże znaczenie w przypadkach guzów przysadki. Unika się niebezpieczeństwa drgawek, porażenia połowiczego lub krwiotoków pozaoponowych. Częściowe przecięcie czuciowych gałęzi nerwu trójdzielnego przy Tic douloureux stało się dzięki Avertinie zabiegiem znacznie mniej groźnym. Guzy móżdżkowo-mostowe można usuwać o wiele łatwiej i dokładniej gdyż nie obawiamy się obrzęku móżdżku: oddech pozostaje cały czas miarowy. Żaden ze znanych środków narkotycznych nie szczędzi w tym stopniu zarówno psychicznego jak i fizycznego stanu chorego jak Avertina, którą można nazwać poprostu idealnym środkiem usypiającym. Zależnie od stanu ogólnego podawano 0,05—0,1 g Avertiny na kg wagi. Przy stosowaniu Avertiny nie należy jednak dążyć do osiągnięcia uśpienia całkowitego, lecz powinno się raczej dodawać w razie potrzeby eteru, N_2O lub miejscowe środki znieczulające. Choroby płuc i nerek nie są przeciwwskazaniem do stosowania Avertiny. U dzieci w wieku poniżej 8—10 lat *Dandy* stosował narazie Avertinę jedynie z dużą ostrożnością; chorzy zaś nawet powyżej 80 lat znosili ją doskonale. Spadek ciśnienia tętniczego po Avertinie może być, coprawda, dość znaczny, nie ma on jednak żadnego znaczenia praktyczngo.

Dr. Dandy, Baltimore.
(J. A. M. A. 1931, tom 96, Nr. 22).

ZJAZDY.

15—16 maja 1932 r. Zjazd Lekarski w Krynicy. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny zjazdu Dr. Witold Skórczewski, Krynica.

15—19 maja 1932 r. IV Kurs dokształcający p. t. „Der Praktische Arzt", urządza w uzdrowiskach Wysokich Tatr (Č. S. R.) związek lekarzy spiskich w Kesmark. Informacje E. Teichner, Kesmark, Spiż.

W czerwcu 1932 r. VIII Zjazd Dermatologów Polskich we Lwowie.

WYCIECZKI.

20—25 marca 1932 r. Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do Austrji, Włoch i Francji.

28 lipca — 31 sierpnia 1932 r. Wycieczka morska dla lekarzy i ich rodzin na „Wyspy Słoneczne". Wyjazd z Bordeaux 28 lipca 1932 r.

8 sierpnia 1932 r. Międzynarodowa Wycieczka Naukowa do Skandynawji.

Redaktor:
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.